



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2011

Brennende Fragen zum Thema Eisen

Schmugge, M ; Hany, M

Abstract: Ein Interview mit PD Dr.med. Markus Schmugge, Leitender Arzt für Hämatologie, Universitäts-Kinderspital, Zürich

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-59081>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Schmugge, M; Hany, M (2011). Brennende Fragen zum Thema Eisen. *Kinderärzte Schweiz*, (4):26-27.

04/2011

www.kinderaerzteschweiz.ch info@kinderaerzteschweiz.ch



Jahrestagung 2011

Impressionen und Workshop-Berichte aus Bern.

Neuer Name

Die Mitgliederversammlung sagt Ja zu Kinderärzte Schweiz.

Fortbildung

Über den Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter.



NEU
Excipial® U Lipolotio
ohne Parfum

Excipial®

Zugeschnitten auf jede Haut

Emollientien, so individuell wie der Hautzustand Ihres Patienten



Kassenzulässig.

Excipial® Crème, Fettcrème, Fettsalbe, Mandelölsalbe

Z: Crème: Lipidgehalt 35.5%; Fettcrème: Lipidgehalt 54%; Fettsalbe: Lipidgehalt 100%; Mandelölsalbe: Mandelöl 751 mg/g, Zinkoxid 40 mg/g, Lipidgehalt 96%. **I:** Hautpflege, Intervallbehandlung mit Kortikoidpräparaten, Grundlagen für magistrale Rezepturen. **D:** 2-3 x tgl. auftragen. **KI:** Überempfindlichkeit auf einen Inhaltsstoff. **UAW:** Unverträglichkeitsreaktionen sind nicht auszuschliessen. **SS/ST:** Keine Einschränkungen. **P:** Crème, Fettcrème, Mandelölsalbe: Tuben à 30 g und 100 g. Fettsalbe: Tuben à 100 g. **Liste D, SL.** Weiterführende Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. 0710

Excipial® U Hydrolotio, Lipolotio

Z: U Hydrolotio: Uream 20 mg/ml, Lipidgehalt 11%; U Lipolotio mit/ohne Parfum: Uream 40 mg/ml, Lipidgehalt 36%. **I:** Schutz und Pflege von empfindlicher oder leicht entzündeter Haut vom normalen bis leicht trockenen Hauttyp (U Hydrolotio) und trockenen bis sehr trockenen Hauttyp (U Lipolotio), Intervallbehandlung mit Kortikoidpräparaten. **D:** 2-3 x tgl. auftragen. **KI:** Nicht auf Wunden und offenen Hautpartien anwenden. **P:** Lotio, Flaschen à 200 ml (SL) und 500 ml (Grand-Frère Regelung). **Liste D.** Weiterführende Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. 0711/180711

Innovation for skin and health



Spirig Pharma AG, CH-4622 Egerkingen, www.spirig.ch

spirig



IMPRESSUM

REDAKTIONSTEAM:

Dr. Stefanie Gissler Wyss, Neuendorf; Dr. Raffael Guggenheim, Zürich; Dr. Manuela Hany, Winterthur; Dr. Christian Knoll, Biel; Dr. Cyril Lüdin, Muttenz; Dr. Carsten Peters, Frauenfeld (Leitung); Dr. Rolf Temperli, Liebefeld; Simon Hubacher, Geschäftsführer Kinderärzte Schweiz, Zürich

HERAUSGEBERIN:

Verlag Praxispädiatrie GmbH,
Badenerstrasse 21, 8004 Zürich

ABO:

4 Ausgaben/Jahr: Fr. 48.– inkl. Porto (für Mitglieder inklusive)

TITELSEITE:

Hans & Jerry Gross Fotografen

KORRESPONDENZ:

Kinderärzte.Schweiz
Badenerstrasse 21, 8004 Zürich
Telefon 044 520 27 17, Fax 043 317 93 64
info@kinderarzte-schweiz.ch, www.kinderarzte-schweiz.ch

INSERTATE:

Dr. med. Cyril Lüdin, cyril@luedin.eu

GRAFIK, SATZ UND DRUCK:

Vogt-Schild Druck AG
CH-4552 Derendingen
Auflage: 1450 Expl.
Nächste Ausgabe: 01 / 2012
Redaktionsschluss: 10. Februar 2012

VORSTAND/GESCHÄFTSSTELLE

- 5 Editorial

JAHRESTAGUNG 2011

- 6 Kindergesundheit stärken!
8 Früh übt sich ...
11 Antibiotika sparsam einsetzen?
12 Adoleszente mit psychosozialen Schwierigkeiten
13 Praxispädiater als Ernährungsberater.
Was können wir bewirken? Was macht Sinn?
14 Manualmedizinische Massnahmen für den Praxispädiater
15 Metabolische Komplikationen von Übergewicht
im Kindes- und Jugendalter
16 Kinderpsychiatrische Rauchzeichen
17 Integrierte Versorgung/Managed Care
18 Mitgliederversammlung sagt Ja zu «Kinderärzte Schweiz»
19 Neuer Vorstand von Kinderärzte Schweiz

INTERN

- 21 Neuer Flyer «Vorsorgeuntersuchungen»
22 Umsetzung von Qualitätsstrategien

POLITIK

- 24 ECPCP: Europäischer Interessenverbund der Kinder- und Jugendärzte

FORTBILDUNG

- 26 Brennende Fragen zum Thema Eisen
29 Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter

KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN

- 35 Externe Kurse
36 Gastkurs – Tagungsbericht
37 Kurse FPP

SVUPP

- 40 Spontane Ideen sind oft die besten ...
43 Kurse SVUPP

FÜR SIE GELESEN

- 44 Schulschwierigkeiten: Störungsgerechte Abklärung
in der pädiatrischen Praxis
45 Am Anfang des Lebens

LESERBRIEFE/HINWEISE

- 46 Offener Brief (Artikel und Repliken zu
«neue Wachstumskurven»)
46 Kommentar – Ist alles Neue besser?



Haben Sie Anregungen, Kritik oder Lob?
Dann schicken Sie uns eine E-Mail an:
info@kinderarzte-schweiz.ch
Wir freuen uns.



MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C012018

myclimate
neutral
Drucksache
No. 01-11-393862 – www.myclimate.org
© myclimate – The Climate Protection Partnership

Sinupret® Sirup

Befreit die Atemwege

Neu
Sirup ab
2 Jahren

Speziell für Kinder geeignet

- Pflanzliche Wirkstoffe
- Guter Geschmack
- Zahnschonend

kassenpflichtig



BioMed

Biomed AG CH-8600 Dübendorf
Tel +41 (0)44 802 16 16
Fax +41 (0)44 802 16 00
biomed@biomed.ch
www.biomed.ch

Gekürzte Fachinformation Sinupret® Sirup (pflanzliches Arzneimittel). **Z:** Enzianwurzel, Schlüsselblumenblüten, Sauerampferkraut, Holunderblüten, Eisenkraut. **I:** Entzündungen von Nasennebenhöhlen und Atemwegen. **D:** ≥12 J.: 3 x tgl. 7.0 ml; ≥6 J.: 3 x tgl. 3.5 ml; ≥2 J.: 3 x tgl. 2.1 ml. **Schwangerschaft:** Über die Anwendung entscheidet der Arzt. **KI:** Überempfindlichkeit auf einen der Inhaltsstoffe. **UW:** Überempfindlichkeitsreaktionen. **P:** Sinupret® Sirup 100 ml*. **Warnhinweis:** Enthält 8 Vol.-% Alkohol. **Liste C.** Ausführliche Angaben siehe Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. *kassenpflichtig

Titelvorschlag

Aktive Zusammenarbeit

5



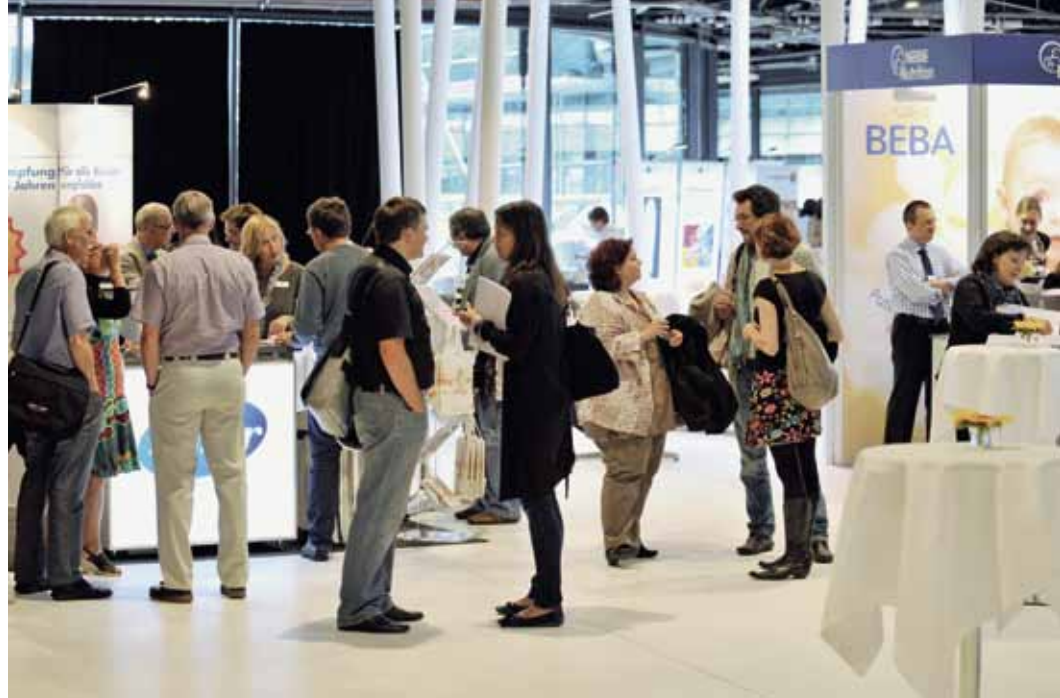
DIE ÜBERWÄLTIGEND KLARE ZUSTIMMUNG der Mitgliederversammlung zur Namensänderung zeigt den deutlichen Willen der Kinderärzte, sich als solche zu positionieren und die eigenen Anliegen und diejenigen der Kinder und Jugendlichen auch weiterhin vehement zu vertreten, sei dies in der Öffentlichkeit oder in den zahlreichen politischen und ärztlichen Gremien. Auch wenn unser Verein die Praxispädiatrie der Deutschschweiz repräsentiert, verschliessen wir uns auch unter neuem Namen den Anliegen der anderen Landesteile und der Spitalpädiatrie nicht und suchen aktiv die Zusammenarbeit.

Der neue Name wird hoffentlich nicht nur eine administrative Massnahme bleiben, sondern auch eine vermehrte Dynamik auslösen. Die neu gestaltete Zeitschrift ist ein erster Schritt. Erstmals in ihrer sechzehnjährigen Geschichte ist schon auf dem Titelblatt klar ersichtlich, von wem und für wen sie geschrieben ist: von und für uns Kinderärzte(n).

Doch wo seid ihr, Kinderärzte? Was denkt ihr zum Beispiel zur Managed-Care-Vorlage und dem Referendum? Nur gerade die Januartagung führte zu einer lebhaften Diskussion darüber. Die Workshops an unserer und der Jahrestagung der SGP waren schlecht besucht. Auf den Foren der Website findet keine Auseinandersetzung statt. Warum nicht?

Das Engagement in unserem Beruf ist zentral. Das Engagement für unseren Beruf ist aber genauso wichtig. In diesem Sinne hoffe ich, dass sich vermehrt jüngere Kinderärzte für Kinderärzte Schweiz einsetzen werden.

ROLF TEMPERLI, BERN





Jahrestagung 2011: Kindergesundheit stärken!

Die Rolle des Praxispädiaters stand an der diesjährigen Jahrestagung vom 8. September im Zentrum mit dem Hauptreferat von Prof. Dr. Elsbeth Stern zum Thema «Früh übt sich ... kindgerechte Lernumgebungen aus wissenschaftlicher Sicht». Über 230 Teilnehmende aus der ganzen Schweiz nahmen teil und die Industrieaussteller zeigten sich vom neuen Foyer im Kursaal Bern begeistert.



ROLF TEMPERLI, BERN

Auch der sechzehnten und letzten Jahrestagung des Forum Praxispädiatrie FPP war ein grosser Erfolg beschieden. Die siebzehnte Jahrestagung wird am 6. September 2012 unter dem neuen Namen Kinderärzte Schweiz stattfinden. Das bewährte Konzept wird aufgrund der wiederum sehr guten Stimmung und des sehr positiven Feedbacks (Dank an alle, die den Fragebogen ausgefüllt haben) beibehalten.

Die folgenden Seiten erlauben es, die Jahrestagung 2011 nochmals Revue passieren zu lassen und die Highlights aus den nicht besuchten Workshops nachzulesen.

Im Namen des Vorstandes und sicher auch aller Mitglieder möchte ich an dieser Stelle nochmals meinen herzlichen Dank für das gute Gelingen an die Arbeitsgruppe Jahrestagung, alle Referentinnen und Workshopleiter, die Geschäftsstelle und die Industrieaussteller aussprechen. Wir freuen uns jetzt schon auf das nächste Jahr. ■



Früh übt sich ...

An der diesjährigen Jahrestagung sprach Prof. Dr. Elsbeth Stern darüber, wie kindgerechte Lernumgebungen aus wissenschaftlicher Sicht aussehen sollten.

ZUSAMMENFASSUNG
VON HERBERT SUTER,
LYSS

Vielleicht sind jene Referate so einschlagend, die Fakten, die eigentlich schon bekannt sind und lediglich auf eine fachkundige Bestätigung warten, auf einfache und verständliche Weise darstellen. Die beeinflussende Rolle der Umwelt – und damit sind insbesondere auch wir Eltern und Kinderärzte gemeint – auf die geistige Entwicklung zwischen Vernachlässigung und Überforderung, bzw. Fehlförderung aufzuzeichnen, ist der Referentin beim einleitenden Hauptreferat gelungen.

Elsbeth Stern, Professorin für Lehr- und Lernforschung an der ETH Zürich, konnte begründend darlegen, dass Schul- und Karriereversagen, Motivations- und Leistungsdefizit nicht durch verzweifelte entwicklungsferne Frühfördermassnahmen vermieden oder wettgemacht werden können, dass aufgrund der entwicklungspezifischen Kompetenzen nur adäquat angepasste Lern- und Lehrstrategien zum Erfolg führen. Arbeitsgedächtnisfunktionen sind an die Entwicklung gebunden; erst der Jugendliche erreicht die Reife, konstruktiv zu planen und adäquate Strategien zu generieren. Wenngleich sich die Erziehungsverantwortlichen – und dazu gehören letztlich auch wir Pädiater – nicht davor fürchten müssen, Zeitfenster zu verpassen, was zu inadäquatem Förderungsaktivismus verleitet, so bleibt es doch evident, die Entwicklung der Hirnfunktionen durch Pflege der multimodalen Alltagsfertigkeiten zu unterstützen (resonanzreiche praktische Kommunikation versus

plakativem passivem TV-Konsum oder beziehungs-fremder Fremdsprachfrühförderung, praktisches Mengenerleben versus funktionalem Rechenstraining).

Die Merkfähigkeit hängt wesentlich von der Menge des erlebten Wissens ab, und dabei sind die Kinder noch Novizen. Über die interaktiv eingesetzte Sprache wird wesentlich Wissen aufgebaut, und es scheint zudem nicht unbedeutend für die geistige Entwicklung der Kinder, dass grammatikalisch korrekt kommuniziert wird. Wissenschaftliches und mathematisches Denken, sowie das Erwerben der Schriftsprache kann nur durch interaktiv erlebendes, minuziös erklärendes Kommunizieren und Handeln (Kategorisieren, Vergleichen, Wenn-dann-Erklärungen, Beobachten, sachbezogene Gesprächsführung) gefördert werden. *Das Banale mit Genuss erleben anstatt mit hochtrabendem Überfordern* soll als Lerngrundsatz über die ganze Entwicklungszeit dienen!

Dass die motivierende und stimulierende Umgebung die Entwicklungskarriere mitbeeinflusst, erscheint plausibel. Schlechte Umweltbedingungen beeinträchtigen nicht die Intelligenz per se, sondern deren Nutzung. Der Intelligenzquotient ist weiterhin Interpretationswechseln ausgesetzt; Unterschiede offenbaren sich erst ab Schulbeginn und mit zunehmendem Alter sind für diese Unterschiede eher die Gene verantwortlich.

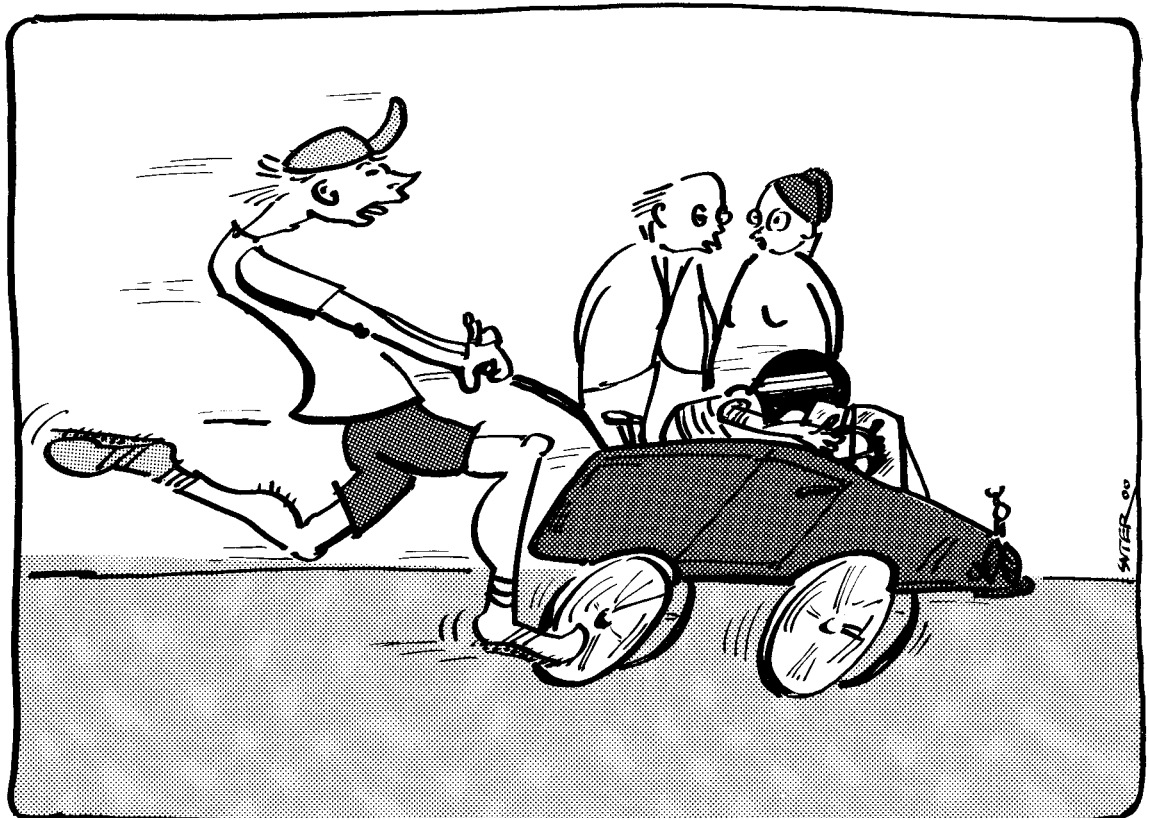
Es bleibt auch weiterhin unser nicht ganz einfaches Anliegen in der Praxis, mitzuhelfen, die Potenziale der



Schule für unsere Patienten wieder zu erwecken: *Lern-* statt *Leistungsorientierung*, *Kompetenzerleben* als *Motivationsquelle*, die *individuellen Unterschiede* im *geistigen Potenzial* zu *erkennen* und *sinnvoll* zu *nutzen*!

Das Referat hat erneut gezeigt, dass nur grundlegende gesellschaftspolitische Strategien ein gesundes fruchtbares Lernklima schaffen können – und dieses politische Engagement sind auch wir Pädiater unseren Kindern schuldig. ■

«... Es soll ein Formel-1-Pilot aus ihm werden ... !»



**Inserat Vifor – Bronchovaxom
folgt**

Workshop

Antibiotika sparsam einsetzen?

Workshop-Leiter: Prod. Dr. med. Christoph Berger, Dr. med. Herbert Suter

KATHERINA
PAPAGEORGIOU

Einleitend hat Dr. Herbert Suter aus einer Interventionsstudie der Sentinella-Statistiken Resultate gezeigt, welche die Verschreibungshaltung der Ärzte bezüglich Antibiotika für die verschiedenen Altersstufen illustrierte.

Prof. Berger hat anschliessend einen Überblick der häufigsten Infektionskrankheiten und deren Behandlung aufgezeichnet: Jede antibiotische Behandlung sollte die Eradikation des Erregers am Ort der Infektion zum Ziel haben. Wir haben dabei zu beachten, dass die Therapie

1. wirksam ist, also resistentgerecht gewählt wird,
2. den Regeln der Pharmakokinetik und -dynamik gerecht wird
3. die Compliance gewährleistet ist und
4. die Kosten im Rahmen gehalten werden.

Die kurze Repetition der Ausdrücke aus der Pharmakologie, die wir während des Studiums gepaukt hatten, hat mir wieder einmal vergegenwärtigt, wie hilfreich

und wichtig es ist, die Hintergründe zu kennen, um zu verstehen, was ich mache, wenn ich das eine oder andere verschreibe und was ich damit bewirke oder eben nicht. Halbwertszeiten, Wirkungsqualität, -stärke und -dauer, intra- kontra extrazelluläre Angriffsmechanismen, Ausdrücke, die wir gelernt haben, im Berufsalltag aber vielleicht ausser Acht lassen?

Es gab Diskussionen über die Praktikabilität von Richtlinien v.a. in der Diagnostik. Da zeigte sich wieder einmal, dass der Praktiker gefordert ist und pragmatische Lösungen gefragt sind. Aber auch hier gilt es zu verstehen und fachkundig zu interpretieren.

Die Richtlinien sind im Allgemeinen historisch begründet und unterliegen einem Wandel. Neuere Erkenntnisse, welche aus weltweiten Studien und Statistiken gewonnen werden, aber auch praktische Erfahrungswerte fliessen immer wieder ein, sodass Guidelines von heute Morgen bereits modifiziert werden müssen.

Die Guidelines können über www.pigs.ch heruntergeladen und eingesehen werden. ■



Workshop

Adoleszente mit psychosozialen Schwierigkeiten

Workshop-Leiter: Dr. med. Marianne Cafilisch und Dr. med. Corinne Véya



SEVCAN SCHÖNBECK

«Schwierige Jugendliche» nennen wir solche mit einer oder mehrerer folgender Auffälligkeiten: «larviertes» Verhalten (hidden agenda), Angst vor Stigmatisierung, Hoffnungslosigkeit, Feindseligkeit/Aggressivität, Selbstschädigung, chaotisches Verhalten, Intoxikation, Psychose.

Bei den «schwierigen Eltern» sind folgende Punkte massgebend: eigene psychische und/oder Suchtprobleme, Hilflosigkeit, selektive Wahrnehmung der Signale des Heranwachsenden (Konfliktvermeidung, Verantwortungsabgabe an Dritte, Kooperationsverlust auf Elternebene), Hemmung der Autonomie des Jugendlichen (z. B. durch andersartige kulturelle Denkweise).

Wir nehmen ein praktisches Beispiel: Eine Mutter kommt mit ihrem 15-jährigen jugendlichen Sohn in unsere Sprechstunde. Der Jugendliche wird als erstes befragt. Frage des Arztes: «Was stimmt für dich im Moment nicht?» Wie zu erwarten gibt es gemäss unserem Patienten keine Probleme, ausser den Eltern, die Probleme machen. Also wenden wir uns der Mutter zu, welche besorgt ihren Standpunkt erklärt. Seit einigen Monaten wolle ihr Sohn nicht mehr zur Schule gehen, bliebe tagelang daheim in seinem Zimmer, spiele Computergames und verhalte sich aggressiv, wenn die Eltern ihn darauf ansprechen würden. Die Mutter betont, dass sie früher ein ganz «normales» Verhältnis gehabt hätten und sie das Verhalten ihres Sohnes gar nicht verstehe. Als nächstes zeigt der Arzt die aktuelle Situation mit den beiden Standpunkten auf, um Klarheit zu schaffen, weil die Mehrheit der Jugendlichen nicht weiss, weshalb sie

überhaupt in der Sprechstunde sitzt. Danach sollte der Jugendliche allein befragt und die ärztliche Schweigepflicht zugesichert werden, weil diese Zusicherung Vertrauen und Bereitschaft zu künftigen Konsultationen erhöht. ABER es sollte auch klar gemacht werden, dass eine Einschränkung bei «übergesetzlichem Notstand» (Gefahr für sich selbst oder andere) gilt. Im nächsten und übernächsten Treffen sollte der Jugendliche möglichst mit offenen Fragen angesprochen werden. Dabei Möglichkeiten für sein Verhalten auflisten, da bekanntlich Jugendliche oft Hemmungen haben, von sich aus ein für sie «peinliches» Thema an- bzw. auszusprechen. Die psychosoziale Anamnese (nach Goldenring & Rosen) wird gemäss der Abkürzung HEEADSS durchgeführt (Home, Education and employment, Eating habits, Activities and peers, Drugs, Sexuality, Suicide and depression, Safety).

Zurück zu unserem Patienten. Nach diversen Sitzungen kommt heraus, dass er seit einiger Zeit seine Homosexualität entdeckt hat und in einer persönlichen Krise steckt, weil er nicht weiss, wie sein Umfeld inklusive Familie darauf reagiert und er damit umgehen soll. Er selbst hätte es aber nie angesprochen, sondern ging erst auf dieses Thema ein, als durch den Kinderarzt die Sexualität angesprochen wurde mit der Frage, ob der Jugendliche sich eher von Frauen oder Männern angezogen fühle. Er hatte eigentlich auf diese Frage gewartet!

Als «schwierig» gelten auch die Jugendlichen mit erhöhtem Risikoverhalten: Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, problematisches Glücksspielverhalten, exzessive Mediennutzung, Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Risiken im Sexualverhalten, frühere Schwangerschaften, riskante Sportarten, «gewalttätiges Risikoverhalten».

Elemente der «lösungsorientierten Beratung»:

- Fokussierung auf Stärkung und Aufbau vorhandener oder reaktivierbarer Ressourcen
- Keine Problematisierung von Defiziten, dafür: Gegenwarts- und Zukunftsorientierung
- Benutzung konstruktiver Fragetypen: Unterschiede/Ausnahmen, Skalierungsfragen für nächste Schritte, Wunderfragen, Bewältigungsfragen
- Noch ein Werkzeug: Anerkennung und Lob!

Persönlich fand ich diesen Workshop sehr anregend und danke herzlichst Frau Cafilisch und Frau Véya! ■



Workshop

Praxispädiater als Ernährungsberater. Was können wir bewirken? Was macht Sinn?

Workshop-Leiter: Dr. med. George Marx und Dr. med. Michael Bischofberger

ANDREAS LOCHER

Wie immer hatte der Workshop mit George Marx grossen Informations- und Unterhaltungswert. Primär wurde das Stillen evidenzbasiert als Reduktion des Infektrisikos und als Allergieprävention in den ersten 6 Monaten bestätigt (neben Reduktion des Gewichts und der Fertilität der Mutter, was auch kein schlechter Nebeneffekt ist). Zudem gilt der Beginn ab dem 5. Lebensmonat mit Beikost als risikolos und wird, insbesondere als präventiver Effekt auf die Allergieentwicklung, als sinnvoll angesehen (frühzeitige Konfrontation mit dem Allergen, z.B. Gluten ab 5. LM), ebenfalls führt das Meiden von Fisch und Eiern nicht zu einer Verminderung des Allergierisikos. Natürlich soll eine individuelle Anpassung an den Säugling erfolgen.

HA-Produkte zeigen nach wie vor keine hundertprozentige Evidenz und bringen nach dem 6. LM gar keine evidenzbasierten Daten mehr hervor (Randbemerkung: Empfehlung der Deutschen Allergiegesellschaft: nur bei Hochrisikopatienten (beide Eltern oder ein Elternteil und ein Geschwister) http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/061-016_S3_Allergiepraevention_03-2009_03-2014.pdf).

Prä- und Probiotika zeigen nach wie vor noch ungenügende Daten, die für den Einsatz in der Säuglingsmilch sprechen.

Nach Besprechung der verschiedenen Muttermilchersatzpräparate und deren Zusätze sowie der Beikost wurde die Vitamin-D-Empfehlung bestätigt (300-500 IE/d (max tolerable intake level: 1000 IE/d)), und der Zusatz von Fluor und Jod bei ausgewogener Ernährung in der Schweiz als nicht nötig erklärt.

Schön war die Aufzeichnung des Eiweissbedarfs des Säuglings, welcher zeigte, dass der Anteil an Eiweissen in der Muttermilch im ersten Lebensjahr abnimmt, was zu einer beträchtlichen Diskrepanz zur gleichbleibenden Konzentration in der Formulamilch führt (hier kann BabyNes® wenigstens mit abnehmender Konzentration für einmal Punkten ...), und somit die adipösen Säuglinge vermehrt hervorbringt (ohne deren Länge zu beeinflussen). Hier ist also ein Umdenken angezeigt!

Kuhmilchprotein-Intoleranz oder -Allergie (KMPI resp. KMPA), sind ja bekanntlich Typ-IV resp. Typ-I-Reaktionen und kommen mit einer Inzidenz von 2,6 Prozent vor. Spannend, dass die Reaktionen bei den voll gestillten Kindern ebenfalls mit einer Inzidenz von 0,5–1,5 Prozent vorkommen und somit auch bei Stillbabys an eine KMPA gedacht werden sollte. Epidemiologisch entwickeln 20 Prozent der Kinder mit erhöhtem Atopierisiko eine KMPA, wenn sie mit Kuhmilch ernährt werden, und 3,8 Prozent der Sgl. eine KMPI bei an Atopie leidenden erstgradigen Verwandten! ■

Workshop

Manualmedizinische Massnahmen für den Praxispädiater

Workshop-Leiter: Dr. Mette Hobaek Siegenthaler, Dr. Sefanie Gissler, Dr. Tobias Gissler

NADINE VYAS

In der Praxis begegnen wir immer wieder Kindern mit Problemen, von denen wir wissen, dass ein Manualtherapeut sie durch gezielte Behandlung schnell beheben kann, denen wir selbst aber oft nichts ausser NSAR und körperlicher Schonung entgegensetzen haben. Die Referentin Dr. Mette Hobaek Siegenthaler (Chiropraktorin SCG ECU) hat uns in dem Kurs ein kleines «Erste-Hilfe-Päckchen» mit auf den Weg gegeben, mit dem man bei einigen Beschwerden Linderung herbeiführen kann. So zum Beispiel bei einem akuten Torticollis. Wir haben gelernt, dass bei einer Blockade im oberen HWS-Bereich Neigung und Rotation des Kopfes gegensätzlich sind und dass es sich bei einer Blockade der unteren HWS andersherum verhält. Jeweils paarweise wurde zunächst die eingehende Bewe-

gungsprüfung der HWS geübt. Dann haben wir geübt, durch Traktion und Rotation die betroffene Stelle zu dehnen und somit die Beweglichkeit wieder zu verbessern. Wichtig war hier auch der Hinweis, dass allein die Gewissheit des Patienten, dass die betroffene Stelle bewegt werden kann, zur rascheren Beschwerdefreiheit beiträgt. Kurz angesprochen wurde auch die propriozeptive neuromuskuläre Inhibitionstechnik, bei der durch Anspannung der betroffenen Muskulatur und nachfolgende passive Dehnung ein Weggewinn erreicht werden kann.

Nachdem dieses Thema bereits einen grossen Teil der veranschlagten Kurszeit beansprucht hatte, folgte dann etwas schneller die Untersuchung der BWS. Hier wurde das Beschwerdebild der akuten Rippenblockade auf-



gegriffen, die sich häufig durch stechende atmungsabhängige Schmerzen bemerkbar macht, die nicht selten auch in Schulter oder Arm ausstrahlen. Wer nun gehofft hatte, eine rasche Lösung für dieses Problem erlernen zu können, der wurde leider enttäuscht. Unsere Kursleiter waren sich einig, dass es keine verlässliche durch «Laien» wie uns anwendbare Technik gibt, die im Zeitrahmen des Kurses an uns hätte herangetragen werden können. Wir wurden aber darauf hingewiesen, dass es sich bei akuten Schmerzen im oberen und mittleren BWS-Bereich oft um eine Ausstrahlungssymptomatik der unteren HWS handelt, und bei dieser fühlten wir uns ja nach den ersten Übungen nun einigermaßen sattelfest.

Im letzten thematischen Drittel ging es dann um die LWS und die Iliosakralgelenke. Eindrücklich war hier das Fallbeispiel eines 11-jährigen Jungen, der nach den Skiferien ohne Trauma hinkte und eine Beinlängendifferenz aufwies. Bei ihm wurde erst nach 2-maligem Röntgen, einem MRI und mehreren Wochen Zeitverzö-

gerung die Diagnose einer ISG-Blockade gestellt wurde, woraufhin er nach zwei chiropraktischen Sitzungen beschwerdefrei war. Klar, dass wir im Anschluss auch die Untersuchung auf ein Vorlaufphänomen als Hinweis auf eine ISG-Blockade aneinander übten. Die Kursteilnehmer waren zu diesem Zeitpunkt immer spärlicher bekleidet – ein Umstand, der die gute und ungezwungene Arbeitsatmosphäre des Kurses und die hohe Motivation der Teilnehmer widerspiegelte.

Bei Schmerzen im Bereich des unteren Rückens ist häufig eine Verspannung des M. quadratus lumborum die Ursache. Wir wurden angeleitet die Triggerpunkte desselben zu finden und durch Pressur eine Linderung herbeizuführen. Nachdem wir dies mehr oder weniger erfolgreich aneinander ausprobieren konnten, war dann der Kurs auch schon wieder vorbei. Es hat sehr viel Spass gemacht, und bestimmt wird jeder Kursteilnehmer beim nächsten akuten Torticollis in der Praxis erst einmal «Hand anlegen», bevor er den Rezeptblock zückt. ■

Workshop

Metabolische Komplikationen von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter

Workshop-Leiter: Dr. med. Christoph Rutishauser und Dr. med. Ingrid Hämmerli

URS SCHUMACHER

Die einleitende Umfrage unter den Teilnehmern leitete uns bereits mitten ins Thema: ... Bitte praktische Tipps, ... einmal das Thema anders angehen, ... wann überweisen, ... was abklären, ... Rezepte gegen die Frustration bei ausbleibendem Therapieerfolg, ... welche metabolischen Auffälligkeiten wie behandeln ...

Die Beratung von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen gehört zu unserem Praxisalltag, denn fast jedes 5. Kind ist übergewichtig, 6 Prozent der Knaben und 5 Prozent der Mädchen sind adipös.

Hinsichtlich der metabolischen Komplikationen hat sich die Definition des Übergewichts mittels Bauchumfang als bestes Kriterium etabliert. Altersnormwerte wurden unter anderem 2006 in der *Pediatrics* publiziert.

Nicht jeder Übergewichtige riskiert metabolische Komplikationen oder hat ein erhöhtes gesundheitliches Risiko; und das Metabolische Syndrom ist keine Krankheit, sondern eine Risikokonstellation. Im Zentrum dieser Konstellation steht das Fettgewebe als unser grösstes endokrines Organ. Leider sind wir noch weit davon entfernt, diese hormonellen Zusammenhänge soweit

zu verstehen, dass wir sie therapeutisch nutzen können.

Die Grundpfeiler der Adipositasbehandlung sind somit weiterhin ausgewogene Ernährung und regelmässige Bewegung (Mind. 1 h pro Tag statt elektronische Medien), verbunden mit einer stetigen Motivation und einem guten Coaching. Die Behandlung der schweren metabolischen Komplikationen wie Diabetes mellitus Typ II und Hypertonie sind auch bei Kindern und Jugendlichen etabliert; unklarer bleiben Diagnose und Therapie von leichteren metabolischen Störungen wie Insulinresistenz und Hyperlipidämie; solche Veränderungen verbessern sich jedoch meist schon durch die Gewichtsreduktion.

Und dann erhielten wir noch einen praktischen Tipp: Eine vom Patienten selber angefertigte Fotodokumentation seiner Mahlzeiten (z. B. mit der Handykamera) kann die Ernährungsberatung erleichtern und konkretisieren.

Der Workshop gab einen guten Tour d'Horizon und einen lebhaften Austausch zum Thema Adipositas. Vielen Dank den beiden Verantwortlichen. ■

Workshop

Kinderpsychiatrische Rauchzeichen

Workshop-Leiter: Dr. med. Christian Wüthrich und Dr. med. Ruedi Grürig

ISABELL TURECZEK IFF

Die Themenbereiche werden gut strukturiert und unter Einbezug von Fallbeispielen vorgestellt. Das Interesse unter den Teilnehmenden war gross und die Führung durch den Workshop fachlich wie formell ausgezeichnet!

Ängstlichkeit:

Alle Formen der Angstäusserungen müssen ernst genommen werden, wenn sie nicht altersadäquat sind, unangemessene Angstreaktionen zeigen, keine Bewältigungsstrategien erkennen lassen, zu massiver Beeinträchtigung durch Angst/Vermeidungsverhalten führen und die normale Entwicklung gefährden.

Relevante Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen kommen mit einer Prävalenz von 6–15 Prozent vor, manifestieren sich meist vor dem 6. LJ somatisch, werden oft nicht diagnostiziert, können bei Unterbehandlung chronifizieren und gehen gehäuft mit psychiatrischen Erkrankungen im Erwachsenenalter einher. Oft entsteht ein Leidensdruck für die ganze Familie.

Die Diagnose kann anamnestisch und mithilfe spezifischer Fragebogen gesichert werden. Zu beachten sind dabei die familiäre Häufung, genetische Informationen, Lebensinflüsse, Erziehungsstil und Lernerfahrungen. Ängstliche Kinder können an ihren Dispositionen erkannt werden (irritabel, sensibel, ungewöhnlich schüchtern).

Ziel der Therapie ist es, dass sich das Kind gegenüber angstauslösenden Faktoren zu behaupten lernt. Die frühe Überweisung an die Kinderpsychiaterin zur medikamentösen und/oder Psychotherapie ist indiziert.

Fazit: Angststörungen sind häufig und sollen in jedem Fall behandelt werden!

Rückzugsverhalten:

Wenn ein Jugendlicher seinen Eltern nicht mehr zugänglich ist und sich jedem Gespräch verweigert, müssen folgende Diagnosen ausgeschlossen werden: Depression, Mobbing, Drogen, Pubertät, Suizidalität.

Die Anamnese basiert auf Joining: «Was machst du? Was beschäftigt Dich?» Ergänzt wird sie durch den **HEEADSSS-Fragekatalog** (Home, Education and employment, Eating habits, Activities and peers, Drugs, Sexuality, Suicide and depression, Safety), ausserdem sollen kulturelle Gegebenheiten erfasst werden. Christian Wüthrich empfiehlt, das Gespräch mit beiden Parteien zu beginnen. Dabei müssen klare Kommunikationsregeln

festgelegt werden. Durch das Angebot: «*Wollen wir etwas ändern?*», kann der gemeinsame Nenner gefunden werden. Verweigert der Jugendliche auch im Arztgespräch, kann der Kontakt zu ihm allenfalls durch die Aufforderung: «*Ich kann mir gut vorstellen, dass du das ganz anders siehst – darüber sollten wir reden*», gefunden werden.

Wenn die Situation eskaliert, muss eine emotionale Ebene berührt werden, wie z.B. mit der Frage: «*Wie geht es dir, wenn du das hörst?*»

Wenn der Jugendliche gar nicht erst zur Konsultation erscheint, soll das Gespräch mit den Eltern in Anlehnung an den HEEADSSS geführt und mit den Fragen: «*Was ist neu? Was vermuten Sie? Gibt es psychiatrische Erkrankungen in der Familie?*», ergänzt werden.

Enkoprese:

Praxisrelevante Probleme in der Behandlung der Enkoprese sind biologische Voraussetzungen wie die genetische Prädisposition, evtl. Obstipation, individuelle psychische Auffälligkeiten in 20–50 % und unklare soziale Bedingungen bezüglich Erziehungsstil.

Die Therapie beruht auf den 4 Stufen *Information, Laxantien, Toilettentraining*, und falls nach 2 Monaten damit kein Erfolg erzielt wurde, muss das Gespräch gesucht werden.

Die Botschaft an Eltern und Kind, getrennt übermittelt, ist, dass das Problem lösbar ist, wenn alle zusammenarbeiten, kein Elternversagen vorliegt, das Kind nicht psychisch krank ist und nicht aus bösem Willen handelt, dass Medikamente sowie regelmässige Nachkontrollen wichtig sind und Bezugspersonen einbezogen werden sollen. Anschliessend folgt die Arbeit mit Eltern und Kind, wobei die erwähnten Punkte umgesetzt und Kompetenzen aller Beteiligten gestärkt werden sollen. ■

Workshop

Integrierte Versorgung/Managed care

Referentin: Christine Goll, Nationalrätin SP Kanton ZH; Moderator: René Geissberger, Frick



Nach einer kurzen Einführung durch René Geissberger zum Thema, unter anderem auch mit dem Hintergrund der anstehenden Urabstimmung der FMH, übergab er Christine Goll das Wort. Sie zeigte sich relativ gelassen auf die bevorstehenden Erneuerungswahlen des Parlamentes, da sie nicht mehr zur Wiederwahl für den Nationalrat antrat. So konnte sie sich die Zeit nehmen, uns einen Einblick in die Bundespolitik aus Sicht einer ausgewiesenen Gesundheitspolitikerin zu gewähren. Nachfolgend nahm sie zur Managed-Care-(MC)-Vorlage, der Urabstimmung der FMH und Lobbying in der Politik Stellung. Zu Beginn ein kurzer politischer Rückblick: Unter Ruth Dreifuss scheiterte 2003 die 2. KVG-Teilreform im Parlament, worauf unter Couchepin auf dem Verordnungsweg durch den Bundesrat Teilpakete wie die Spitalfinanzierung ab 2012 beschlossen wurden. Vertragsfreiheit und Kostenbeteiligung wurden durch die Räte nicht behandelt, kommen nun aber in der Managed-Care-Debatte wieder. In der Managed-Care-Vorlage (integrierte Versorgung) besteht der Vertrag zwischen Kasse und Versorgungsnetz (Gruppe von Leistungserbringern zwecks Koordination medizinischer Leistungen), es besteht zwingende Budgetmitverantwortung und Netze müssen Zugang zu allen KVG-Leistungen sicherstellen. Problematisch sind hohe

Austrittshürden mit Austrittsprämien, Vertragsdauer bis 3 Jahre, unterschiedlicher Selbstbehalt für MC- und Nicht-MC-Versicherte, fehlende Angebotspflicht für die Kassen von Netzen in allen Regionen. Frau Goll stellte uns ein alternatives Modell mit einer persönlichen Gesundheitsstelle (PGS) im Zentrum vor, welche durch den VSAO und Gesundheitsverbände propagiert wird. Jeder kann eine PGS wählen und auch wechseln. Die Kassen hätten darin nicht so eine zentrale Stellung wie in der MC, dafür würde der Qualität mehr Beachtung geschenkt.

Bei der Urabstimmung der FMH konnten die Mitglieder Stellung zum Ergreifen des Referendums gegen die MC-Vorlage nehmen. Von der FMH wurde ein Nein zum Antrag empfohlen, um taktisch flexibler zu sein. Frau Goll empfahl, für die eigene Überzeugung einzustehen und ein klares Zeichen zu setzen, insbesondere da die für das Referendum relevanten Aspekte im Parlament bereits beschlossen waren.

Wie wir mittlerweile wissen, haben die FMH-Mitglieder mit 66% für das Referendum gestimmt (Stimmbeteiligung 42%) und das Parlament nach dem Differenzbereinungsverfahren die MC-Vorlage in der Schlussabstimmung angenommen.

Frau Goll hat uns dringend geraten, unsere Interessen besser in der Politik zu vertreten und die politische «Blauäugigkeit» abzulegen. Wir sollten uns früh informieren (idealerweise durch einen Insider im Parlament oder BAG) und früh in die politischen Prozesse Einfluss nehmen. Wenn die Gesetze im Parlament behandelt würden, sei es zu spät. Wir sollten uns mit Gleichgesinnten vernetzen und mit ihnen gemeinsam unsere Interessen vertreten.

In der anschließenden regen Diskussion war schon eine leichte ärztliche Resignation gegenüber der Politik zu spüren. Umso mehr scheint es wichtig, in der Gestaltung des Gesundheitswesens selber Hand anzulegen und konstruktiv gemeinsam Lösungen zu finden, unser hochstehendes Gesundheitswesen weiterzubringen. Ein grosser Dank an Frau Goll für die wertvollen Anregungen. ■



Mitgliederversammlung sagt Ja zu «Kinderärzte Schweiz»

Das Forum Praxispädiatrie FPP heisst neu «Kinderärzte Schweiz». Die Mitgliederversammlung hat der Namensänderung mit grosser Mehrheit zugestimmt. Sie wird spätestens per 1. Januar 2012 umgesetzt.

SIMON HUBACHER,
GESCHÄFTSSTELLE

Die Mitgliederversammlung vom 8. September 2011 stimmte dem Antrag des Vorstandes für eine Namensänderung mit 140 Stimmen zu; 4 Mitglieder votierten mit Nein und 12 enthielten sich. Der zweite Antrag betraf die formelle Statutenanpassung mit der neuen Namensbezeichnung «Kinderärzte Schweiz» (Unterzeile: Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis). 163 Mitglieder stimmten zu, 4 enthielten sich. Die Statutenanpassung tritt sofort in Kraft; die administrative und organisatorische Namensumstellung erfolgt schrittweise bis spätestens 1. Januar 2012.

Mit dem neuen Namen erhält das Forum auch ein aufgefrischtes Erscheinungsbild. Prioritär wird das Logo angepasst und in den Briefschaften, Publikationen und auf der Website geändert. Beim Logo hat der Vorstand die Vorgabe gemacht, das farbige «Forumsfigürchen» grafisch zu integrieren, um so eine klare Verbindung zum bisherigen Namen und Erscheinungsbild herzustellen. Ändern wird auch der Domain-Name der verbandseigenen Website: www.kinderaerzteschweiz.ch heisst die neue Adresse. Um die Kosten möglichst tief zu hal-

ten, werden Drucksachen nach und nach jeweils bei Nachbestellungen umgestellt.

Abgelehnt wurde an der diesjährigen Mitgliederversammlung ein Antrag jüdischer und muslimischer Mitglieder, wonach die Jahrestagung nicht auf einen der drei hohen Feiertage der beiden Religionen fallen darf. 62 stimmten Nein, 48 Ja und 26 enthielten sich. Der Vorstand versicherte den Antragstellenden, dass bei der Datumsfestlegung wenn immer möglich Rücksicht auf religiöse Feiertage genommen werde. Aus diesem Grund wurde bereits das Datum für die Jahrestagung 2013 angepasst.

Die Hauptsorge des Vorstandes und somit des Verbandes gilt nach wie vor den mangelnden personellen Ressourcen, wie Co-Präsident Rolf Temperli den Anwesenden erklärte. «Kinderärzte Schweiz» ist dringend auf vermehrtes Engagement der Mitglieder angewiesen. Ein weiteres Hauptaugenmerk gilt den Finanzen. Die Erträge aus dem Sponsoring sind weiter rückläufig. Eine Erhöhung der Mitgliederbeiträge muss evaluiert werden. ■



■ NEUER VORSTAND VON «KINDERÄRZTE SCHWEIZ»

An der Mitgliederversammlung vom 8. September 2011 wurde Heidi Zinggeler Fuhrer aus Chur neu in den Vorstand von «Kinderärzte Schweiz» gewählt. Sie betreut das Ressort Kurswesen (tatkräftig unterstützt von Markus Bigler, der nicht Mitglied des Vorstands ist). Das Co-Präsidium teilen sich Manuela Hany und Rolf Temperli. Weiter im Vorstand sind Carsten Peters (Redaktionsleitung) und Jakob von Känel (Kasse/Verlag). Zurückgetreten sind Katharina Wyss-Senn, Elmar Veh und Peter Schibler. Die an der Mitgliederversammlung anwesenden Katharina Wyss-Senn und Peter Schibler wurden an der Mitgliederversammlung mit grossem Applaus verabschiedet und ihr grosses Engagement wurde herzlich verdankt.



Heidi Zinggeler Fuhrer



Manuela Hany



Rolf Temperli



Carsten Peters



Jakob von Känel

Damit sitzen richtig Spass macht!



PERENTEROL®

Saccharomyces boulardii

Wirkt bei Diarrhö

- Zur Behandlung und Vorbeugung^{3,4,5}
- Kann mit Antibiotika assoziiert werden
- Auch in Granulatform, ideal für Kinder
- Gleiche Dosierung für Kinder und Säuglinge



Kassenzulässig*

Perenterol® Z: *Saccharomyces boulardii*. **I:** Diarrhö, auch prophylaktisch bei Antibiotikatherapie oder infolge Sondenernährung. **D:** Vor dem Essen; Erwachsene, Kinder: 1. Tag (evtl. länger) 2x tgl. 250 mg, dann 1x tgl. 250 mg; Antibiotikatherapie: bis 1 g/Tag; infolge Sondenernährung: bis 2 g/Tag. **KI:** Immundefizienz, Zentralvenenkatheter. **VM:** Für ausreichende Rehydratation sorgen; Kapseln bzw. Beutel nicht in unmittelbarer Nähe von Patienten mit Zentralvenenkatheter öffnen; darf nicht mit zu heisser, eiskalten oder alkoholhaltiger Flüssigkeit oder Speise gemischt werden. **UW:** selten Blähungen. **IA:** Wirkstoff *Saccharomyces boulardii* ist empfindlich auf Antimikotika; kann möglicherweise falsch-positive Befunde bei mikrobiologischen Stuhluntersuchen verursachen. Schwangerschaft: Es gibt keine Hinweise auf Risiko für Fötus oder Kind. **P:** Perenterol® 250 Piv Btl 10* lim., 20, 10 x 20; Kaps 6, 10* lim., 20, 10 x 20 (D). Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium der Schweiz. ***Kassenzulässig** (L) für Erwachsene und Kinder. **Referenzen:** **1.** Guarino A, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008 May;46(Suppl 2):S81-S122. **2.** NICE guidelines: Diarrhoe and vomiting diagnosis, assessment and management in children younger than 5 years caused by gastroenteritis. 2009 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11846/43817.pdf>). **3.** Szajewska H, et al. *Saccharomyces boulardii* for treating acute gastroenteritis in children: updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009 Nov 1;30(9):960-1. **4.** Billioo AG, et al. Role of a probiotic (*Saccharomyces boulardii*) in management and prevention of diarrhoea. *World J Gastroenterol.* 2006 Jul 28;12(28):4557-60. **5.** Szajewska H, et al. Meta-analysis: nonpathogenic yeast *Saccharomyces boulardii* in the prevention of antibiotic-associated diarrhoea. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005 Sep 1;22(5):365-72.

Zambon
ZAMBON SCHWEIZ AG

Neuer Flyer «Vorsorgeuntersuchungen»

Der bewährte Flyer fürs Wartezimmer wird neu gedruckt und kann ab Ende November wieder bezogen werden.

SIMON HUBACHER,
GESCHÄFTSSTELLE

Die letzten Faltflyer «Die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen in der Schweiz» waren vor einigen Monaten ausgegangen. Wegen des damals ausstehenden Entscheids über den Namenswechsel musste zuerst die Mitgliederversammlung vom 8. September 2011 abgewartet werden, bevor der Nachdruck in Auftrag gegeben werden konnte. Nun ist der Flyer dem neuen Erscheinungsbild von «Kinderärzte Schweiz» angepasst und wird in diesen Wochen neu gedruckt. Spätestens ab Ende November 2011 kann er wieder geliefert werden.

Der Selbstkostenpreis pro Einheit (100 Stück) beträgt Fr. 100.– plus MwSt., Porto und Verpackung.

Bestellungen per Mail bitte an:
info@kinderaerzteschweiz.ch



Umsetzung von Qualitätsstrategien

Mehrere Lamal-Artikel präzisieren, dass Qualitätsstrategien in den Pflegeprozess integriert werden müssen, sei es im Spital oder im ambulanten Bereich (22, 32, 43, 56, ... unter anderen). Der Bundesrat hat diese Gesetzesartikel in einem Dokument (zwei Jahre nach seinem Erscheinen weiterhin nur auf Deutsch erhältlich ...) festgehalten: «Qualitätsstrategie im Schweizerischen Gesundheitswesen» <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00300/00304/index.html?lang=de>. Es werden derzeit von verschiedenen Seiten (Versicherer, Ärzte, Politiker) Schritte unternommen, um das praktische Vorgehen bei der Kontrolle von Qualitätsstrategien und ihrer Dokumentation/Zertifizierung festzulegen. Ziel der Arbeitsgruppe «Qualität» der SGP/ FPP ist es, die Kinderärzte auf die Strategien zur Qualitätserhaltung und -verbesserung zu sensibilisieren. Auf längere Sicht soll der Einsatz der SGP/FPP zusammen mit der FMH und anderen Fachgesellschaften den Ärzten erlauben, die Kontrolle über die Art und Weise zu behalten, wie Qualitätskontrolle in der Praxis aussehen soll, und unangebrachte, komplizierte, technokratische und in ihrer Sicht unseres Berufes grob vereinfachende Lösungen zu vermeiden. Ich hatte das Vergnügen, Philipp Jenny zu treffen und dank ihm die Mechanismen gewisser Zertifizierungsorganismen, insbesondere von EQUAM, zu verstehen. Zuerst seine Antworten auf meine Fragen.

MARC-ALAIN
PANCHARD, VEVEY

Was ist EQUAM?

Es handelt sich um eine private Organisation, die die Zertifizierung unserer Praxis vornahm.

ÜBERSETZUNG:

RUDOLF SCHLAEPFER,
LA CHAUX-DE-FONDS

Wie bist du dazu gekommen, an EQUAM teilzunehmen?

Unser Familien- und Kinderärztenetz hat dies beschlossen, um unsere Qualität gegenüber den Versicherern beweisen zu können.

Wie fand die EQUAM-Zertifizierung statt?

Sie besteht aus drei Abschnitten: Ein persönlicher Fragebogen, ein Fragebogen für Patienten und ein Praxisbesuch. Es braucht 75 Patientenfragebogen, wobei die Auswahl tendenziös ist.

Inwiefern hat EQUAM deine tägliche Praxis zum Guten verändert?

Im Allgemeinen? In Bezug auf Qualität?

Der Patientenfragebogen hat nicht viel gebracht. Aus dem Ärztefragebogen ging hervor, dass der Arzt (ich) sich ungenügend bezahlt vorkam! Der Besuch des EQUAM-Mitarbeiters (ein Arzt) war nützlich, zeigte er doch gewisse Unzulänglichkeiten auf, die ich verbessern konnte (verschlüsselter Medikamentenkasten für Ritalin). Andere Bemerkungen waren weniger nützlich (Teamzusammenkünfte, Protokolle ...). Dabei ist zu sagen, dass ich wegen meiner Stellung innerhalb des Netzes als Allgemeinpraktiker evaluiert wurde. Es gibt einen speziellen Katalog mit ergänzenden Angaben für Pädiater, wovon mir einzelne mehr Schwierigkeiten als andere geboten hätten, zum Beispiel die Notwendigkeit, zwei Wartezimmer zu haben, eines für Kinder und eines für Jugendliche! Im Ganzen gesehen hat es mir Ver-

besserungen erlaubt, die ich sonst nicht hätte durchführen können.

Was hat EQUAM deiner Meinung nach deinen Patienten gebracht?

Ich glaube kaum, dass das Label EQUAM an meinem Praxiseingang meinen Patienten etwas bringt ...

Was hat dich EQUAM an Zeit und Geld gekostet?

CHF 1500.– pro Praxis, durch das Netz bezahlt. Die Zeit, die ich für diese Zertifizierung gesamthaft aufwendete, kann auf einen Arbeitstag geschätzt werden.

Würdest du als Kinderarzt EQUAM deinen Kollegen empfehlen?

Sollte keine einfachere Lösung bestehen oder sollte es von Gesetzes wegen vorgeschrieben werden, dann wäre es eine Notfalloption. Auf alle Fälle aber sollte ein verbesserter Vertrag ausgearbeitet werden, zum Beispiel mit der Pädiatrie besser angepassten Fragen.

Ich muss gestehen, dass diese Äusserungen gemischte Gefühle hinterlassen. Das Nutzen-Kosten-Verhältnis erscheint auf den ersten Blick nicht sehr vorteilhaft. Die dahinter spürbare Technokratie hat etwas Beunruhigendes in sich. Andererseits ist es enttäuschend, festzustellen, dass es EQUAM (wie das Dokument zur Qualitätsstrategie im Schweizerischen Gesundheitswesen) nur auf Deutsch gibt. Die französische Übersetzung ist geplant ... seit mehreren Monaten! Die gesetzlichen Vorgaben sind jedoch eindeutig; es ist deshalb klar, dass Zertifizierungen geschaffen werden müssen. Vielleicht besteht die Möglichkeit, Modelle vorzuschlagen, die

unseren Bedürfnissen und unserem Praxisalltag besser angepasst sind. Die FMH arbeitet daran, insbesondere im Rahmen des Projektes Q-Monitoring, das nach Abschluss der Pilotphase auf den ganzen Bereich der ambulanten Medizin ausgeweitet werden soll. All jene, die an der Pilotphase mitgearbeitet haben, können vergleichen, wie einfach und kostengünstig dieses Modell im Vergleich zu dem von Philipp Jenny beschrieben ist! Andererseits ist die Arbeitsgruppe SGP/FPP im Begriff, ein Modell oder zumindest eine Reihe von spezifisch pädiatrischen Arbeitshilfen auszuarbeiten, die bei Bedarf, hoffen wir, benutzt werden könnten, um den gesetzlichen Vorschriften zu genügen. Im Grunde ist Qualität ein unendlich sich erneuernder Prozess. Eine Zertifizierung ist nie endgültig, Rezertifizierungen sind deshalb

notwendig, wie im Interview erwähnt. Dies gilt für Spitäler. Wichtiger als eine reine Zertifizierung ist für die Praxis wahrscheinlich, sich Gedanken zu Qualitätsfragen zu machen. Die Suche nach Qualität ist nicht nur ein erster Schritt, sondern das Herzstück des Prozesses, ein Antrieb, der an sich schon Früchte trägt, welches auch immer das verwendete Mittel ist, vom «einfachen» Projekt Q-Monitoring (das Qualitätsstrategien erfasst, neue vorschlägt und es erlaubt, mit zahlreichen Kollegen Erfahrungen auszutauschen und Vergleiche anzustellen) bis hin zu technokratischen Zertifizierungen wie ISO oder EQUAM. Es ist möglicherweise noch nicht zu spät, um die Wahl der Massnahmen, die man uns schlussendlich auferlegen wird, zu beeinflussen. FMH, MFE, FPP und SGP arbeiten daran. ■

■ KOMMENTAR

Nicht nur in der Schweiz stellen wir uns Fragen zum kinderärztlichen Nachwuchs, zur Qualität der medizinischen Versorgung der Kinder, zum Verhältnis zur Allgemeinmedizin oder gar zur Zukunft unseres Berufes überhaupt. Der Artikel von Frau Dr. Jäger stellt uns einen sehr aktiven berufspolitischen Verband vor, der sich europaweit mit denselben Fragen beschäftigt. Dieser soll und kann Einfluss auf die nationalen und europäischen Entscheidungsgremien nehmen.

Die SGP ist Mitglied im ECPCP und vertritt dort die Schweizer Praxispädiater. Im Moment sind Gespräche mit der SGP im Gange, das sowohl SGP-Delegierte wie auch Mitglieder von Kinderärzte Schweiz an den Tagungen teilnehmen. Eine zusätzliche Mitgliedschaft von Kinderärzte Schweiz bei der ECPCP macht sicher keinen Sinn, da sich die Mitgliedschaften meist überschneiden.

Carsten Peters, Frauenfeld

ECPCP:

Europäischer Interessenverband der Kinder- und Jugendärzte

Die ECPCP (European Confederation of Primary Care Paediatricians) ist ein Zusammenschluss von derzeit 18 europäischen nationalen Berufsverbänden und Gesellschaften, die Praxispädiater («primary care» Pädiater; ambulant tätige Allgemeinpädiater u. ä.) vertreten. In der Europäischen Union (eingeschlossen: Island, Israel, Norwegen und die Schweiz) arbeiten 33 000 Praxispädiater, die bislang keine europäische Vertretung hatten.

ELKE JÄGER-ROMAN,
BERLIN

Anlass zur Gründung dieses überregionalen Interessenverbundes war und ist die grosse Besorgnis der Praxispädiater, dass die medizinische Grundversorgung der Kinder in den Staaten der EU zukünftig alleine den Allgemeinmediziner übertragen wird. Dies ist in den letzten Jahren bereits in etlichen EU-Staaten des ehemaligen Ostblocks geschehen, die ihr bis dato bewährtes System der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Pädiater aufgeben mussten, da Weltbank und IWF (Internationaler Währungsfonds) Kreditvergaben an die Bedingung knüpften, die nationalen Gesundheitssysteme im Sinne eines sog. Primärarztsystems umzubauen.

Welche Gründe werden für die Einführung des Primärarztsystems angeführt?

1. Alle nationalen Gesundheitssysteme stehen unter hohem ökonomischem Druck. Vom Primärarztsystem versprechen sich die Gesundheitsökonom u.a. eine Massnahme zur Ausgabenkontrolle, aber auch einen Weg, um die überproportionale Zunahme der medizinischen Spezialisten gegenüber den Allgemeinmediziner zu bremsen (seit 1990 ist die Zahl der Spezialisten laut WHO in Europa um 50 Prozent gestiegen, die der Allgemeinmediziner nur um 20 Prozent).
2. Die Lissabonbeschlüsse der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2000 sehen eine Harmonisierung der Gesundheits- und Sozialsysteme durch Anwendung von sog. «soft laws» = nachdrücklichen Empfehlungen vor. Flankierende Gesetze wie die Arbeitszeitgesetze, der freie Warenverkehr (inklusive Medikamentenhandel), grenzüberschreitende Kostenersatzung von Arzt- und Krankenhausrechnungen und die Arbeitnehmerfreizügigkeit tragen bereits zur Vereinheitlichung der Gesundheitssysteme bei.
3. Die WHO hat 1978 erstmals (und dann immer wieder) in ihrer «Declaration of Alma Ata on Primary Health Care» zu einer universalen, Gemeinde basierten, präventiven und kurativen Grundversorgung der Bevölkerung aufgerufen, um soziale Ungleichheiten zu reduzieren und eine bessere Gesundheit für alle zu ermöglichen.

Seit dieser Zeit benutzen Politiker, Allgemeinmediziner und Familienärzte dieses Konzept der «Primary Health Care» unter Ausschluss der Pädiater. Praxispädiater bezeichnen sich landläufig als «Spezialisten für Kinder», was ihren Wissensfundus gut beschreibt, aber nicht ihre Arbeitsweise.

Die Arbeitsweise der Praxispädiater ist selbstverständlich primärärztlich. Sie sind:

- die ersten Ansprechpartner im Gesundheitssystem für alle Beschwerden
- versorgen ihre Patienten umfassend und kontinuierlich von der Geburt bis zur somatischen Reife/Übergang in die Erwachsenenmedizin («Transition»)
- behandeln akute und chronische Krankheiten
- arbeiten Kind- und Familien-zentriert (nicht organ-spezifisch)
- haben eine Lotsenfunktion im Gesundheits- und Sozialsystem
- kooperieren mit den pädiatrischen Subspezialisten, anderen Fachdisziplinen und kommunalen und pädagogischen Institutionen
- legen einen Schwerpunkt auf Prävention, Gesundheitserziehung und vorausschauende Beratung
- orientieren sich gemeindenah
- sind gesellschaftliche Monitore und Fürsprecher für Kinder und das Kindeswohl

Es gibt inzwischen eine Vielzahl von Arbeiten, die belegen, dass Praxispädiater klinisch kompetenter arbeiten als Nicht-Pädiater, sich besser an Leitlinien halten, deutlich weniger Kinder ins Krankenhaus einweisen und insgesamt weniger Kosten im Gesundheitssystem verursachen. Trotzdem ist gute ambulante Kinderversorgung nicht im Focus der Politiker, weil die medizinischen Probleme der alternden Bevölkerung die Ressourcen im Gesundheitssystem verbrauchen und die Anstrengungen zur Kostenkontrolle im Gesundheitssystem alle Aufmerksamkeit bindet. Da sich die Investitionen in Prävention erst in Jahrzehnten jenseits der Rechnungsjahre der Krankenkassen und der Wiederwahlintervalle der Politiker kapitalisieren, wird auch dieses Thema ungern angegangen.

ANTEIL DER KINDERVERSORGUNG IN DEN EU-LÄNDERN

Primäre Kinderversorgung in den EU-Ländern durch:	2002 Katz et al.	2008 Van Esso et al.
Pädiater	35 %	24 %
Allgemeinmediziner	18 %	41 %
Kombiniert (Pädiater plus Allgemeinmediziner)	47 %	34 %

Tab. 1: Prozentualer Anteil der EU-Länder, die in den Jahren 2002 und 2008 Kinder primär durch Pädiater, Allgemeinmediziner oder durch beide Berufsgruppen versorgt haben.

ART DER KINDERVERSORGUNG IN DEN EU-LÄNDERN

Kinderversorgung durch Pädiater	Griechenland, Israel, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Zypern
Allgemeinmediziner	Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Grossbritannien, Irland, Litauen, Niederlande, Norwegen, Polen*, Portugal, Schweden
Kombiniert (Pädiater plus Allgemeinmediziner)	Belgien, Deutschland, Frankreich, Island, Italien, Lettland**, Luxemburg, Österreich, Schweiz, Ungarn

Tab. 2: Art der primär-ärztlichen Kinderversorgung in den Ländern der EU im Jahr 2010

*Polen hat 2011 und ** Lettland 2010 erneut Pädiater zur primär-ärztlichen Kinderversorgung zugelassen.

Die ersten Ansprechpartner im Gesundheitssystem für alle Beschwerden:

In einer neuen deutschen Erhebung zu den Vorstellungsanlässen in der Kinderarztpraxis (noch nicht veröffentlicht) ergibt sich folgendes Bild: ca 40 % der Kinder und Jugendlichen werden wegen akuter Probleme vorgestellt, 30–35 % zu präventiven Anlässen (Vorsorgen und Impfungen) und 25–30 % wegen chronischer Erkrankungen und Erkrankungen aus dem Bereich der sog. «Neue pädiatrische Krankheiten».

Was also kann die ECPCP in diesem europäischen Kontext tun?

- Das Fachgebiet der «primary care Pädiatrie» (PCP) muss definiert werden, so wie sich die pädiatrischen Sub-Spezialitäten jeweils definiert haben. Ausserdem sollte die Pädiatrie wieder «vom Kopf auf die Füsse gestellt werden», d. h. die wichtige Rolle der ambulanten

allgemeinen Pädiatrie als Kerngebiet der Pädiatrie sollte auch innerpädiatrisch bewusst gemacht werden.

- ECPCP wird sich dafür einsetzen, dass Pädiater in Weiterbildung einen Weiterbildungsabschnitt in einer qualifizierten (zertifizierten?) pädiatrischen Praxis ableisten können (in den meisten EU-Ländern wird dies nicht finanziert).
- Für diese Weiterbildung braucht die PCP ein Curriculum. ECPCP wird die «European Academy of Paediatrics» bei der Entwicklung eines solchen Curriculums unterstützen.
- ECPCP wird dafür werben, dass PCP an den Universitäten gelehrt wird (Akademisierung der PCP) und dass pädiatrische Versorgungsforschung Eingang in die Hochschulforschung hält.
- Algorithmen und Leitlinien für eine gute pädiatrische ambulante Versorgung müssen entwickelt oder adaptiert werden.
- Es müssen Indikatoren entwickelt bzw. herausgearbeitet werden, anhand derer man die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen evaluieren kann.
- ECPCP setzt sich ein für das Recht von Kindern und Jugendlichen auf die bestmögliche Grundversorgung durch Pädiater. In Ländern, die ein Primärarztsystem haben, sollten Allgemeinärzte obligat in Pädiatrie gut weitergebildet werden.

ECPCP braucht für diese Ziele eine breite Basis von europäischen Praxispädiatern. Werden Sie als Verband Mitglied. www.ecpcp.eu ■

KONTAKT FÜR LITERATUR:

Dr. med. Elke Jäger-Roman, Präsidentin ECPCP
jaeger-roman@snaifu.de

KOMMENTAR

Nicht nur in der Schweiz stellen wir uns Fragen zum kinderärztlichen Nachwuchs, zur Qualität der medizinischen Versorgung der Kinder, zum Verhältnis zur Allgemeinmedizin oder gar zur Zukunft unseres Berufes überhaupt. Der Artikel von Frau Dr. Jäger stellt uns einen sehr aktiven berufspolitischen Verband vor, der sich europaweit mit denselben Fragen beschäftigt. Dieser soll und kann Einfluss auf die nationalen und europäischen Entscheidungsgremien nehmen.

Die SGP ist Mitglied im ECPCP und vertritt dort die Schweizer Praxispädiater. Im Moment sind Gespräche mit der SGP im Gange, dass sowohl SGP-Delegierte wie auch Mitglieder von Kinderärzte Schweiz an den Tagungen teilnehmen. Eine zusätzliche Mitgliedschaft von Kinderärzte Schweiz bei der ECPCP macht sicher keinen Sinn, da sich die Mitgliedschaften meist überschneiden.

Carsten Peters, Frauenfeld

Brennende Fragen zum Thema Eisen

Ein Interview mit PD Dr.med. Markus Schmutz, Leitender Arzt für Hämatologie, Universitäts-Kinderspital, Zürich

Das Thema Eisen und vor allem die Frage nach der Substitution beschäftigt mittlerweile die meisten Kinderärzte, die praktisch tätig sind. Die Diagnose des substitutionsbedürftigen Eisenmangels ist in den letzten Jahren wie ein Pilz aus dem Boden geschossen. Ein mulmiges Gefühl, dass die Industrie eine Krankheit kreiert hat, befällt uns. Hier scheint es sinnvoll, die Antworten eines unabhängigen Fachmanns zu hören. Im Folgenden haben wir mit Dr. Markus Schmutz gesprochen, was hoffentlich zur Klärung unserer Fragen beitragen wird.

Der Eisenmangel ist in letzter Zeit eine immer wichtigere Diagnose – vor allem bei Leistungseinbrüchen oder auch Müdigkeit. Welche Parameter sollen wir dazu in der Praxis verwenden?

Zuerst ist es wichtig, zwischen einer Eisenmangelanämie und einem einfachen Eisenmangel zu unterscheiden. Zur Grunddiagnostik gehören immer Hb, Ec, MCV und MCH. Beim einfachen Eisenmangel liegt keine Anämie vor und alle hämatologischen Parameter (inkl. MCV, MCH) sind noch normal. Dieser Zustand kann, wenn er nur kurz andauert, auch zunächst durch eine Verbesserung der Ernährung behandelt werden. Häufig sind ja eine unausgewogene Diät und vor allem ein übermässiger Kuhmilchkonsum bei Kleinkindern Ursache eines Eisenmangels. Weitere Parameter wie Transferrin, Transferrinrezeptor, Transferrinsättigung, aber auch Bestimmung des Serumeisens sind bei Kindern wenig hilfreich, oftmals teuer und brauchen meist eine venöse Blutentnahme.

Und trotzdem –, auch in der Pädiatrie fragen sich immer mehr Kollegen, ob sie sich ein Ferritinmessgerät in der Praxis anschaffen sollen.

Wozu raten Sie und wie sollen wir die Werte interpretieren?

Beim Ferritin handelt es sich um ein Akutphase-Protein. Daher muss gerade bei Kindern zuerst beurteilt werden, ob das Kind aktuell infektfrei ist oder kürzlich einen Infekt hatte. In dieser Situation kann der Ferritinwert erhöht sein und dadurch «falsch» normale Werte ergeben. Auch nach Abklingen eines Infekts sinkt das Ferritin langsamer ab als das CRP. Somit kann ein Fe-Mangel anhand des Ferritins – und übrigens auch des Transferrins – nur im Intervall ohne relevanten Infekt beurteilt werden. Als weitere wichtige Regel gilt, dass La-

borwerte gemäss den altersentsprechenden Normwerten interpretiert werden müssen. Neugeborene bis zum Alter von rund 4 Monaten haben z.B. deutlich höhere Ferritin-Normalwerte. Bei Kleinkindern liegt die untere Ferritin-Normgrenze – bei der auch eine Behandlung indiziert ist – zwischen 10 und 20 ng/l. Bei der Anschaffung eines Gerätes in einer Pädiatriepraxis sollte daher sichergestellt werden, dass das Gerät auch den tiefen Bereich genau misst und dokumentiert. Eine Ferritin-Bestimmung, die den Wert unterhalb von 50 ng/l als «<50 ng/l» angibt, ist für die Pädiatriepraxis schlichtweg nicht brauchbar.

Stimmt denn eigentlich die Annahme, dass ein Eisenmangel oder eine Eisenmangelanämie der Grund für Müdigkeit, Aggressivität, Zappeligkeit und anderen Symptomen ist?

Wie sieht die Studienlage dazu aus?

Bei Erwachsenen und Adoleszenten sind Symptome wie Müdigkeit, Apathie, Haarausfall, Kopfweh bei mittelgradiger und schwerer Fe-Mangelanämie gut beschrieben; anders ist es beim isolierten Fe-Mangel ohne hämatologische Ausfälle, da gibt es Patienten mit und ohne Symptome (letzte sind allerdings eine kleine Gruppe) und die Differenzialdiagnose beim Erwachsenen ist breit.

Bei Kindern wird's noch mal etwas komplizierter. Wir sehen immer wieder Kleinkinder mit einem Hb-Wert von 70 g/l (N > 75 g/l), welche quietschfidel am Umherspringen sind. In der Literatur finden sich diverse Fallbeispiele von Kindern mit Eisenmangel bei Hyperaktivität oder «restless leg»-Patienten. Ob hier der Fe-Mangel ursächlich oder ein «Confounder»-Effekt ist, wird für mich nicht ganz klar. Unbestritten ist, dass der schwere Fe-Mangel gravierende Symptome macht. So sehen wir im Raum Zürich zirka 1x/Jahr den im Lehrbuch beschriebenen Patienten mit Pica-Symptomen (siehe Abb. 1).

Die nutritive Anämie der Kleinkinder wird oft unterschätzt. Wie sollte der Praktiker vorgehen?

Als Pädiater denke ich, dass wir uns in erster Linie auf Risikopopulationen konzentrieren sollten. Dies bedeutet also Familien, welche sich selbst und auch ihre Kinder fehlernähren. Dazu gehört einerseits die übermässige Milchnahrung, andererseits einseitige Ernährung mit sog. Junk Food. Auch bei einseitiger Diät muss ge-

SYMPTOME DES SCHWEREN EISENMANGELS

- Blässe
- Nägel: Brüchigkeit, Rillenbildung, Koilonychie
- Plummer-Vinson-Syndrom (Zungenbrennen, Dysphagie, Mundwinkelrhagaden)
- diffuser Haarausfall
- Kopfschmerzen, Müdigkeit und Schwindel, Appetitlosigkeit
- Konzentrationsstörungen bis zur Psychischen Labilität
- Picazismus (Essen ungeniessbarer Stoffe) und/oder Restless-Legs-Syndrom

Abbildung 1.

nau hingeschaut werden: zum Beispiel kann bei Veganern zusätzlich ein Vit B12 Mangel vorliegen. Es ist für mich klar, dass längerdauernder Fe-Mangel die psychomotorische Entwicklung und das somatische Wachstum deutlich beeinträchtigt, während ein kurzdauernder Fe-Mangel ohne Anämie und ohne Mikrozytose relativ gut verkraftet wird ... und in früheren Jahrhunderten sicher häufiger vorkam.

Als praktische Leitlinie gilt: Neugeborene und Säuglinge mit einer für bereits pränatalen Eisenmangel auffälligen Gestationsanamnese (Frühgeburtlichkeit, Nikotinabusus in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsdiabetes) sollten grosszügig behandelt werden. Bei allen Frühgeborenen sollte eine mindestens 6 Monate dauernde Fe-Substitution p. o. durchgeführt werden. Bei Kleinkindern sollte nicht zu lange gewartet werden; nach einem Versuch mit Ernährungsumstellung soll innert 1–2 Monate eine Laborkontrolle stattfinden und ggf. eine Fe-Substitution einleitet werden. Dagegen soll bei älteren Kindern und Adoleszenten mit erstmaligem und symptomarmem Fe-Mangel ohne Ge-
deihstörung und ohne Anämie in jedem Fall zuerst eine eingehende Ernährungsberatung versucht werden.

Im Falle einer Substitution empfehlen Sie welche Eisenprodukte:

Fe 2+ oder Fe 3+ haltige?

Neu sind Aktiferrin-Tropfen wieder auf dem Markt, somit haben wir wieder Fe2+ (Aktiferrin) und Fe3+ Präparate (Maltofer®). Daneben gibt es Tabletten mit Fe2+ und Fe3+ für ältere Kinder.

Fe2+ Präparate werden besser resorbiert, führen also meist schneller zu einer Steigerung der Eisenvorräte und damit des Hämoglobinwerts, sie machen aber

auch mehr Nebenwirkungen. Diese Präparate sollten einschleichend (1,5–2 mg/kgKG/Tag während einer Woche) und dann über 2–3 Monate mit einer Dosis von rund 3 mg/kgKG/Tag in zwei bis drei Dosen pro Tag gegeben werden. Fe2+ sollte *nicht mit der Mahlzeit eingenommen* werden, sondern immer 1–2 Stunden vor oder nach dem Essen. Fe3+ Polymaltose Präparate dagegen sollten *immer mit dem Essen eingenommen* werden: Der hier verwendete -Fe-Komplex wird so besser im Magen «aufgelöst». Wenn Fe3+ Präparate verwendet werden, müssen diese höher dosiert werden (4–5 mg/kgKG/Tag). Sie sind eine Alternative, wenn es zu Nebenwirkungen bei der Fe2+ Gabe kommt. Fe3+ Präparate sind sicher nebenwirkungsärmer, müssen aber nicht nur höher dosiert, sondern auch deutlich länger (nämlich: doppelt so lang, d.h. 4–6 Monate) verabreicht werden. Eine Hb-Kontrolle mit MCV und MCH (ggf. mit Retikulozytenmessung) nach 2–4 Wochen zeigt ein Ansprechen der Therapie.

Wann macht die intravenöse Gabe von Eisen überhaupt Sinn?

Eine intravenöse Fe-Behandlung ist dann sinnvoll, wenn eine schlechte Compliance oder starke Nebenwirkungen die vorausgehende perorale Behandlung verunmöglicht haben. Daneben ist für mich bei einer schweren Anämie mit Hb-Werten unter 70 g/l, sowie dem Vorliegen von klinischen Symptomen oder bei einer länger vorbestehenden Eisenmangelanämie die Indikation zur intravenösen Behandlung gestellt. In dieser Situation besteht oft zusätzlich eine hartnäckige Appetitlosigkeit und Aversion gegen viele Nahrungsmittel, und gerade diese Symptome sprechen günstig auf eine schnelle Anhebung der Hb-Werte an. Eine solche Gabe sollte aber nur von einem erfahrenen Kollegen durchgeführt werden. Es gibt verschiedene Verabreichungsschemata und auch Produkte auf dem Markt, wobei nicht alle parenteralen Eisenpräparate im Kindesalter in der CH zugelassen sind.

Interview: Manuela Hany

Überarbeitung: Raffael Guggenheim

Cervarix® –

die Impfung gegen das Cervixkarzinom und prämale Läsionen bedingt durch HPV 16 und 18¹

Cervarix® ...

- ... zeigt längste untersuchte Schutzwirkung^{2,3,4}
- ... zeigt höhere Antikörpertiter gegen HPV 16 und 18 als der andere HPV-Impfstoff^{5,6,7}

Darüber hinaus:

Schutzwirkung vor bestimmten nicht in der Impfung enthaltenen, verwandten onkogenen HPV-Typen^{1,8,9}



Referenzen: 1. Fachinformation Cervarix®, Arzneimittelkompendium der Schweiz (www.documed.ch). 2. Olsson SE, Villa LL, Costa RL, et al. Induction of immune memory following administration of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus (HPV) types 6/11/16/18 L1 virus-like particle (VLP) vaccine. *Vaccine* 2007;25:4931–39. 3. The GlaxoSmithKline Vaccine HPV-007 Study Group. Sustained efficacy and immunogenicity of the human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: analysis of a randomized placebo-controlled trial up to 6.4 years. *Lancet* 2009;374:1975–85. 4. Roteli-Martins CM, Naud P, Borba R, Teixeira J, et al. Sustained immunogenicity and efficacy of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: Follow-up to 8.4 years. 28th Annual Meeting of European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), Nice, France, May 4–8, 2010 (Abstract available at <http://www.kenes.com/esp2010/posters/Abstract513.htm>, last accessed: 20 Jan 2011). 5. Einstein MH, Baron M, Levin MJ, et al. Comparison of the immunogenicity and safety of Cervarix® and Gardasil™ human papillomavirus (HPV) cervical cancer vaccines in healthy women aged 18–45 years. *Human Vaccines* 2009;5(10):1–15. 6. Chatterjee A on behalf of the HPV-010 Study Group. Comparative immunogenicity of two prophylactic Human Papillomavirus vaccines: Results through month 24. 26th International Papillomavirus Conference and Clinical Workshop, Montréal, Canada, July 3–8, 2010 (Abstract available at <http://hpv2010.org/main/>, last accessed: Jan 2011). 7. Einstein MH on behalf of the HPV-010 Study Group. Comparison of immunogenicity of two prophylactic human papillomavirus (HPV) vaccines at month 36. EUROGIN International Congress 2011, Lisbon, Portugal, May 8–11, 2011 (Abstract available at <http://www.eurogin.com/2011/Eurogin-2011-Abstracts.pdf>, last accessed: August 2011). 8. Romanowski B on behalf of the Patricia Study Group. Efficacy of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against non-vaccine oncogenic HPV types: End-of-Study Results. 26th International Papillomavirus Conference and Clinical Workshop, Montréal, Canada, July 3–8, 2010 (Abstract of oral communication available at <http://hpv2010.org/main/>, last accessed: 10 Jan 2011). 9. Paavonen J, Naud P, Salmeron J, et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised, study in young women. *Lancet* 2009;374:301–14.

Cervarix®: HPV-16/18 Impfstoff. I: Prävention von HPV-16- und HPV-18-bedingten prämaligen Läsionen und Cervix-Karzinomen. D: 3 Dosen zu je 0,5 ml, intramuskuläre Verabreichung. Impfschema 0, 1, 6 Monate. Unter 10 Jahren nicht zur Anwendung empfohlen. KI: Überempfindlichkeit gegenüber Inhaltsstoff, akute Erkrankung mit hohem Fieber. VM: nicht intravenös oder intradermal applizieren, anaphylaktische Reaktionen, Thrombozytopenie, eingeschränkte Immunantwort. IA: Gleichzeitige Impfung an unterschiedlicher Injektionsstelle mit dTpa-IPV, Hepatitis A/B, orale Kontrazeptiva. UW: Schmerz, Rötung und Schwellung an der Injektionsstelle, Myalgie, Kopfschmerzen, Müdigkeit. Pack: Fertigspritze mit 0,5 ml Impfsuspension (Nadeln separat): 1 und 10. (Liste B). Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation [www.documed.ch].



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AG

Talstrasse 3–5

CH-3053 Münchenbuchsee

Tel. +41 (0)31 862 21 11

Fax +41 (0)31 862 22 00

www.glaxosmithkline.ch

Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter



OSKAR JENNI,

BEA LATAL,

Abteilung Entwicklungs-
pädiatrie, Universitäts-
Kinderkliniken Zürich

Einleitung

Verhaltensauffälligkeiten treten in den ersten Lebensjahren häufig auf. Kinder schreien übermässig, wollen nicht alleine schlafen, leiden unter Angstträumen, nässen ein, zeigen Trotzreaktionen, sind sehr schüchtern oder beissen andere Kinder. Viele dieser Verhaltensweisen treten altersspezifisch auf und gehören zur normalen Entwicklung eines Kindes. Ob eine Verhaltensauffälligkeit als Störung bezeichnet wird, hängt von Häufigkeit, Intensität und Dauer des Verhaltens, vom Alter und Entwicklungsstand des Kindes und der Einschätzung des Umfelds ab. Seit vielen Jahrzehnten versuchen Medizin, Psychologie und Pädagogik die Vielfalt von beobachtbaren Verhaltensabweichungen bei Kindern durch Klassifikationen zu ordnen. Der vorliegende Artikel setzt sich kritisch mit Klassifikationssystemen von Verhaltensstörungen auseinander, vermittelt eine entwicklungspsychiatrische Sichtweise und nennt Beispiele.

Klassifikation von Verhaltensstörungen – eine Übersicht

Die Klassifikation von Krankheiten dient dazu, die Vielfalt klinischer Befunde auf ein überschaubares Mass zu reduzieren und den Austausch zwischen Fachleuten durch eine einheitliche Sprache zu erleichtern. Kategorien von Erkrankungen setzen voraus, dass diese mithilfe von Anamnese, körperlicher Untersuchung, Laboranalysen und bildgebenden Untersuchungen klar

voneinander abgrenzbar sind. In der Somatik hat sich die Klassifikation von Erkrankungen bewährt. Sie hilft dem Kliniker bei der Wahl der Therapie und erlaubt wissenschaftliche Studien zu Ursache und Pathogenese einer Krankheit.

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts schlugen Vertreter der Psychiatrie eine Klassifikation für Verhaltensstörungen in Anlehnung an die somatische Medizin vor (siehe dazu 1). Die heute wichtigsten kategorialen Klassifikationssysteme für Verhaltensstörungen sind die Einteilung nach ICD-10 (International Classification of Diseases) und DSM-IV (Statistical Manual of Mental Disorders). Die Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten nach ICD-10 oder DSM-IV ist allerdings unbefriedigend, besonders für das Säuglings- und Vorschulalter. So findet sich für viele der abweichenden Verhaltensweisen im Vorschulalter keine angemessene Kategorie [5]. Dieser Umstand führte vor einigen Jahren zur Entwicklung von Klassifikationssystemen, die entwicklungsspezifische Besonderheiten von Säuglingen und Kleinkindern besser berücksichtigen sollten. Die DC: 0 – 3R (Diagnostic Classification of Infancy) und die RDC-PA (Research Diagnostic Criteria-Preschool Age) basieren auf Expertenmeinungen und stützen sich auf kategoriale und ätiologische Beschreibungen kleinkindlicher Verhaltensmuster. Es gibt allerdings keine Studien über die Gütekriterien und Zuverlässigkeit der beiden Instrumente.

In der aktuellen Literatur herrschen kategoriale Klassifikationen vor, obwohl es auch dimensionale Verfahren zur Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten gibt. Letztere gehen davon aus, dass Verhalten nicht in klar voneinander abgrenzbare Kategorien eingeteilt werden kann, sondern dass es sich um ein Kontinuum ohne klar bestimmbare Grenzen handelt. Die international am weitesten verbreitete dimensionale Klassifikation für Verhaltensstörungen im Kindesalter ist die Child Behavior Checklist (CBCL) von Achenbach, für welche es eine Version für das Alter 18 Monate bis 5 Jahre gibt.

Klassifikation von Verhaltensstörungen – eine Kritik

Klassifikationssysteme für Verhaltensauffälligkeiten werden im klinischen Alltag und in Studien häufig angewendet. Eine kritische Betrachtung besonders bei kleinen Kindern ist durchaus angebracht. Es fehlen zum Beispiel in den heute gebräuchlichen Klassifikationssystemen Entwicklungs- und Kontextaspekte fast vollständig. Betrachten wir beispielsweise die motorische Aktivität von Kindern, die eine besondere Entwicklungsdynamik zeigt: der kindliche Bewegungsdrang nimmt im Vorschulalter

Wesentliches für die Praxis ...

- Die heute gebräuchlichen Klassifikationssysteme für Verhaltensstörungen von Kindern sind im klinischen Alltag wenig nützlich, besonders für das Vorschulalter, weil sie sich nicht am Entwicklungsaspekt orientieren und den Kontext meist nicht berücksichtigen. Zudem ist die Zuverlässigkeit, Objektivität, Konsistenz und Validität der gängigen Klassifikationssysteme nicht gewährleistet.
- Aus entwicklungspsychiatrischer Sicht unterscheidet man Entwicklungsvarianten, Reifungsphänomene und Verhaltensstörungen. Unter einer Entwicklungsvariante versteht man ein Verhalten, das bei einer gewissen Zahl von Kindern vorkommt und von der normalen Entwicklung abweicht, aber nicht den Charakter einer Störung aufweist. Zu den Reifungsphänomenen zählen Verhalten, die bei vielen Kindern während einer gewissen Altersperiode auftreten und dann wieder verschwinden. Unter einer Verhaltensstörung versteht man Auffälligkeiten, die in ihrer Intensität und Dauer so gross sind, dass das Kind wesentlich daran gehindert wird, altersgemässe Entwicklungsaufgaben angemessen zu bewältigen.
- Eine Entwicklungsvariante oder ein Reifungsphänomen kann besonders dann zu einer Störung werden, wenn sie in Häufigkeit und Intensität die vom Umfeld gesetzten Erwartungen oder Vorstellungen übersteigt (Misfit).

zu, erreicht im Kindergarten und frühen Schulalter ein Maximum und nimmt dann im Verlauf der weiteren Entwicklung ab (*Abbildung 1*). Dieser Umstand wird in Klassifikationssystemen nicht berücksichtigt.

Ein weiteres Beispiel ist die Aufmerksamkeitsstörung, welche in hohem Masse kontext- und motivationsabhängig ist. Es muss berücksichtigt werden, in welchem Zusammenhang die Ablenkbarkeit eines Kindes beobachtet wird (zu Hause, im Kindergarten, bei welchen Tätigkeiten des Kindes usw.). Ein Konzentrationsgestörtes Kind mag in der Zweisituation aufmerksam sein, im Kindergarten hingegen einen erheblichen Grad an Unaufmerksamkeit aufweisen. Es gibt bis heute kein geeignetes Klassifikationssystem für Verhaltensstörungen im Kindesalter, welches die Entwicklungs- und Kontextperspektive von kindlichen Verhaltensweisen genügend berücksichtigt.

Während bei körperlichen Krankheiten die Ursachen häufig bekannt sind, so können die Gründe für Verhaltensstörungen meist nicht unmittelbar eruiert werden. In den letzten Jahren überwiegen in der Fachliteratur biologisch-medizinische Modelle für die Erklärung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter. Das Aufmerksamkeitsdefizit wird zum Beispiel mit neurobiologischen Fehlfunktionen erklärt (Transmitterstörung im Dopaminstoffwechsel des Gehirns), obwohl Studien über solche Erklärungsmodelle bis heute sehr widersprüchlich sind und kontrovers diskutiert werden [15]. Verhaltensstörungen gehen zudem oft mit Begleitsymptomen oder zusätzlichen Störungen (sogenannten Komorbiditäten) einher, sodass die einheitliche Krankheitsentität

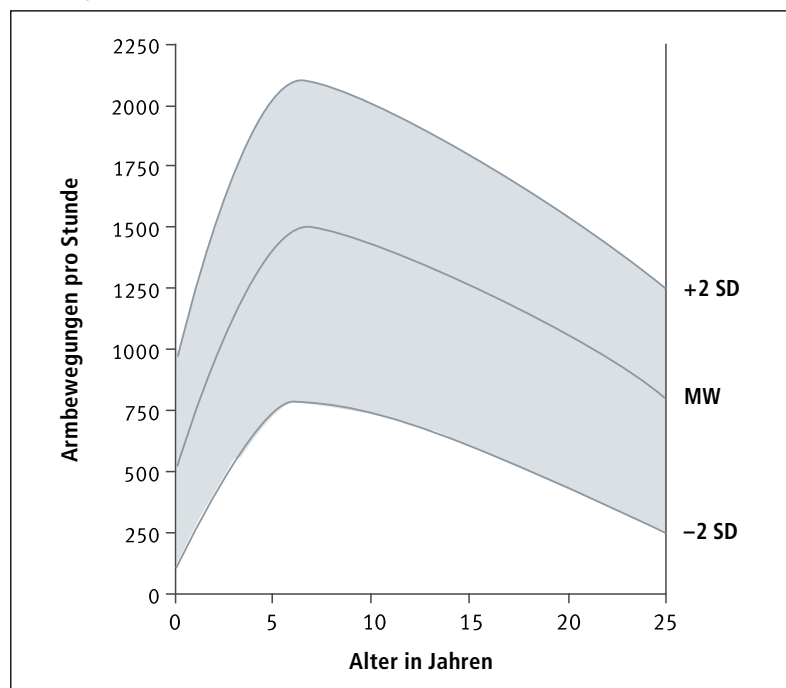
einer Verhaltensstörung grundsätzlich in Frage gestellt werden muss [16]. Ein weiteres Problem bei der Klassifikation von Verhaltensstörungen im Kindesalter liegt darin, dass das Umfeld eines Kindes dessen Verhalten meist unterschiedlich bewertet. Es konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass die Übereinstimmung der elterlichen Einschätzung einer kindlichen Verhaltensweise mit derjenigen von anderen Bezugspersonen gering ist [3].

Ein Klassifikationssystem für Verhaltensstörungen im Kindesalter muss sich am Entwicklungsaspekt orientieren und möglichst vollständig alle abweichenden Verhaltensweisen von Kindern beschreiben. Es muss zuverlässig, objektiv und ökonomisch sein, und es werden Konsistenz und Validität erwartet. Diese Voraussetzungen sind zum heutigen Zeitpunkt mit den gebräuchlichen Systemen nicht erfüllt.

Eine entwicklungspädiatrische Sichtweise

Die entwicklungspädiatrische Sichtweise orientiert sich an der grossen Variabilität zwischen Kindern und am individuellen Entwicklungsverlauf. So können Verhaltensauffälligkeiten Ausdruck einer **Entwicklungsvariante** oder eines Reifungsphänomens sein. Unter einer Entwicklungsvariante versteht man ein Verhalten, das bei einer gewissen Zahl von Kindern vorkommt und von der normalen Entwicklung abweicht, aber nicht den Charakter einer Störung aufweist. Dazu gehören Verhalten wie Stottern, Schüchternheit, Bewegungsstereotypen oder der Pavor nocturnus. Unter einem **Reifungsphänomen** versteht man ein Verhalten, das bei vielen Kindern während einer gewissen Altersperiode auftritt und dann wieder abnimmt oder verschwindet. Beispiele dafür sind das Schreien (Dreimonatskoliken), das nächtliche Aufwachen, Bettnässen, Trotzreaktionen oder die Trennungsangst. Unter einer **Verhaltensstörung** versteht man Auffälligkeiten, die in ihrer Intensität und Dauer so gross sind, dass das Kind wesentlich daran gehindert wird, altersgemässe Entwicklungsaufgaben angemessen zu bewältigen. Ein typisches Beispiel dafür ist die autistische Störung. Die drei Kategorien können nicht vollständig voneinander getrennt werden, sondern überschneiden sich (*Abbildung 2*). Eine Entwicklungsvariante oder ein Reifungsphänomen kann zu einer Störung werden, wenn sie in Häufigkeit, Intensität und Dauer die vom Umfeld gesetzten Normen übersteigt. Eine fehlende Übereinstimmung zwischen den Entwicklungseigenheiten eines Kindes und den Erwartungen und Vorstellungen seiner Bezugspersonen – ein sogenannter Misfit (siehe unten) – können auf diese Weise zu gestörtem Verhalten führen. Auch zwischen Entwicklungsvarianten und Reifungsphänomenen gibt es fließende Übergänge. Bewegungsstereotypen eines Kindes können über viele Jahre persistieren (zum Beispiel ein motorischer Tic) oder nur während einer gewissen Altersperiode auftreten (Flapping). Die entwick-

Abb. 1: Motorische Aktivität in den ersten 25 Lebensjahren (nachgezeichnet nach Eaton und Mitarbeiter [4]). Dargestellt sind der Mittelwert (MW) und zwei Standardabweichungen (SD).



lungspädiatrische Sichtweise nimmt nicht in Anspruch, umfassend zu sein, und dieser Artikel führt keineswegs alle Verhaltensabweichungen auf.

Beispiele

Im Folgenden wird auf einige Verhaltensauffälligkeiten näher eingegangen.

Bewegungsstereotypien

Rhythmische Bewegungen im Schlaf treten als typisches Reifungsphänomen bei vielen Kindern auf [7]. Man unterscheidet verschiedene Formen [8]: das Bewegen oder Schaukeln von Kopf und Körper (Bodyrocking) aus der Kauerstellung mit und ohne Kopfschlagen an das Bettgestell (Headbanging) und das seitliche Rollen und Wackeln von Kopf und Körper (Headrolling oder Bodyrolling). Es kann bei fast $\frac{2}{3}$ der 9-monatigen Säuglinge beobachtet werden [10]. Mit 18 Monaten finden wir es noch bei knapp 40 %, bei den Vierjährigen sind es noch 10 % (Abbildung 3). 3–15 % dieser Kinder zeigen ein ausgeprägtes Schaukeln mit Beginn häufig vor dem ersten Geburtstag. Knaben sind viermal häufiger betroffen. Faktoren, die das Auftreten begünstigen, sind Einschlafschwierigkeiten und nächtliches Erwachen.

Bei einigen Kindern kann tagsüber auch wiederholtes unwillkürliches Winken beobachtet werden (im Englischen als «Flapping», «Spinning» oder «Whirling» bezeichnet). Dieses Verhalten ist durch repetitive, stereotype, schüttelnde oder winkende Bewegungen meist beider Arme und Hände gekennzeichnet, die häufig bei Aufregung oder anderen emotionalen Zuständen auftreten. Diese Entwicklungsvariante kann bei gesunden Kindern vom Säuglingsalter bis ins Kindergartenalter vorkommen und persistiert gelegentlich bis ins Schulalter. Flapping kann aber auch als Zeichen einer Überforderung [13] oder als Bewegungsstereotypie bei Kindern mit einer geistigen Behinderung (zum Beispiel einem Autismus) beobachtet werden.

Das Gratifikationsphänomen ist eine weitere Entwicklungsvariante, die als Bewegungsstereotypie von der normalen Entwicklung abweicht, aber nicht den Charakter einer Störung aufweist [17]. Es tritt im ersten Lebensjahr auf und kann bis ins Schulalter persistieren. Es ist gekennzeichnet durch stereotype Episoden mit gekreuzten Beinen, Reiben der Oberschenkel, einhergehend mit unregelmässiger Atmung, Vokalisation, rotem Gesicht, Schwitzen und Aufregung. Die Kinder sind dabei bei vollem Bewusstsein. Das Verhalten tritt nie im Schlaf, sondern meist bei Langeweile auf und kann immer unterbrochen werden.

Pavor nocturnus

Der Pavor nocturnus (nächtlicher Angstschreck) tritt zwischen dem 2. und 5. Lebensjahr bei etwa 10 % aller Kinder auf [8] und kann Eltern erheblich verunsichern.

Neurophysiologisch handelt es sich um ein partielles Erwachen aus dem Tiefschlaf und tritt darum typischerweise ein bis drei Stunden nach dem Einschlafen auf. Das Kind hat die Augen weit offen, reagiert aber nicht oder inadäquat auf das Erscheinen der Eltern. Sein Gesicht und seine Haltung drücken Angst, Wut oder Verwirrung

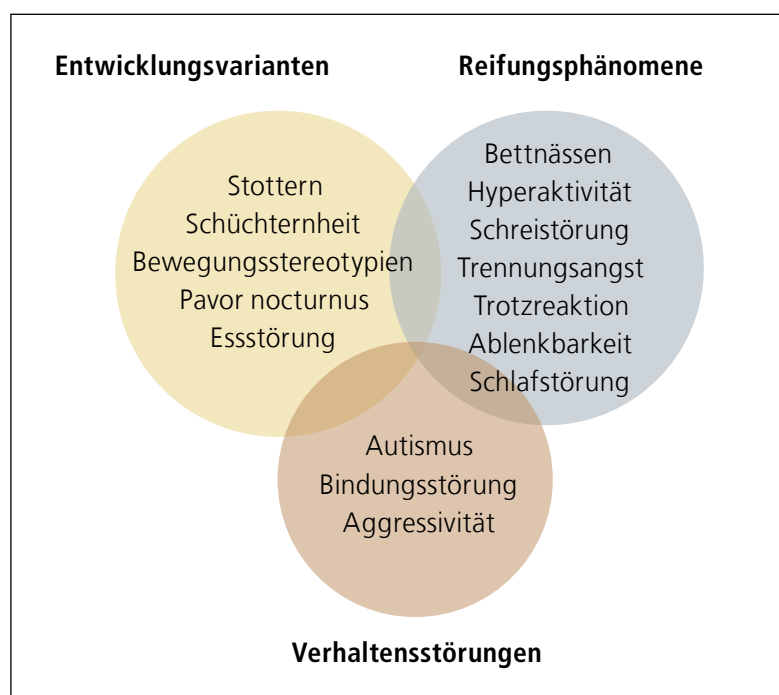


Abb. 2: Verhaltensauffälligkeiten aus entwicklungspsychiatrischer Sicht.

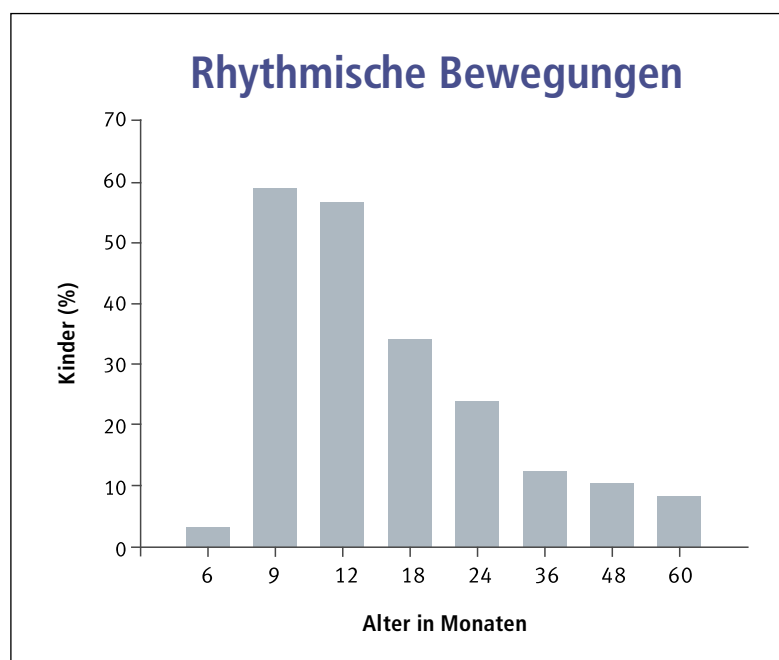


Abb. 3: Häufigkeit von rhythmischen Bewegungen in der Nacht (aus Klackenberg [10]).

aus. Es schwitzt ausgeprägt, atmet verstärkt und hat einen jagenden Puls. Es nimmt die Eltern nur sehr begrenzt wahr. Wenn es angesprochen wird, gibt es keine oder wirre Antworten. Es gelingt den Eltern nicht, das Kind zu wecken. Wenn sie versuchen, das Kind zu beruhigen, indem sie es streicheln und in den Arm nehmen, regt es sich zusätzlich auf. Das Aufwachen geschieht häufig plötzlich. Atmung und Puls normalisieren sich schlagartig. Meist schläft es rasch wieder ein. Wenn die Eltern das Kind am anderen Morgen fragen, was es erlebt hat, kann es keine Auskunft geben. Die meisten Episoden dauern 5–15 Minuten. Der Pavor nocturnus gehört zu den typischen Entwicklungsvarianten im Vorschulalter und geht im Schulalter häufig in Schlafwandeln oder eine andere Parasomnie über. Prädisponierende Faktoren sind beispielsweise ein Schlafentzug wegen eines Familienanlasses oder eine chaotische Schlaf-Wach-Rhythmik. Seltener kann eine organische Schlafstörung zugrunde liegen (zum Beispiel nächtliche Atemstörungen, gastroösophagealer Reflux oder Anfallsereignisse).

Trotzreaktionen

Trotzverhalten findet man als Reifungsphänomen vorwiegend im Alter zwischen zwei und vier Jahren [11]. Das Kind möchte eigene Vorstellungen durchsetzen und erlebt, dass diese entweder nicht umsetzbar sind oder von den Eltern nicht toleriert werden. Trotz ist Ausdruck der sich entwickelnden Selbstwahrnehmung. Im Zuge der Autonomieentwicklung beginnen Kinder ihr eigenes Spiegelbild zu erkennen, den eigenen Namen zu nennen und schliesslich in der Ich-Form zu sprechen (*Abbildung 4*). Trotzreaktionen kommen bei allen Kindern in unterschiedlicher Ausprägung vor, verschwinden meist im 4. Lebensjahr und sind ein typisches Beispiel eines Reifungsphänomens im Vorschulalter. Persistieren Trotzreaktionen bis ins Erwachsenenalter (zum Beispiel als Jähzornausbrüche), dann kann je nach Häufigkeit und Intensität auch von einer Verhaltensstörung gesprochen werden.

Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten

Die heute gebräuchlichen Klassifikationssysteme verleiten dazu, einfache biologische oder psychosoziale Erklärungsmodelle für Verhaltensstörungen im Kindesalter anzuwenden. Wird beispielsweise eine kindliche Schlafstörung als körperliche oder psychische Störung des Kindes interpretiert, so erwägt man eine medikamentöse Therapie. Wenn man primär an ein Versagen der Eltern als Ursache der Schlafstörung glaubt, weil sie es versäumt haben, sich erzieherisch durchzusetzen, dann empfiehlt man, Grenzen zu setzen und das Kind schreien zu lassen [14]. Aufgrund unserer eigenen klinischen Erfahrungen ist allerdings eine der Hauptursachen für Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter die fehlende Übereinstimmung von Entwicklungseigenheiten des

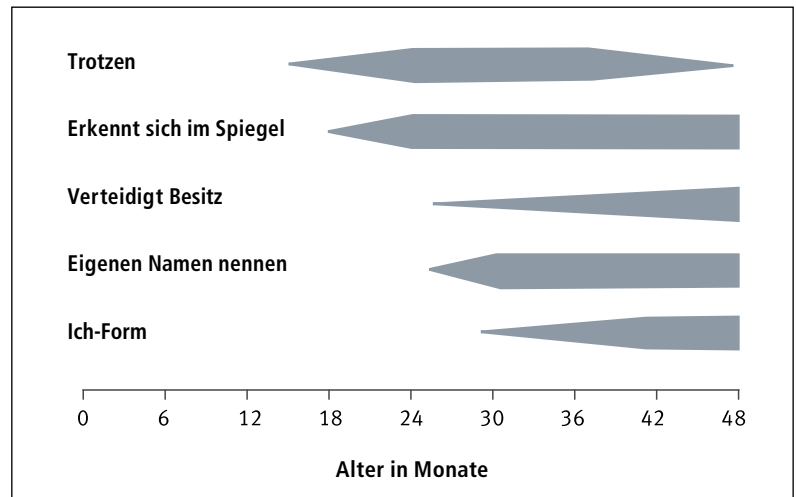


Abb. 4: Autonomieentwicklung nach Largo [11].

Kindes und den Erwartungen seiner Eltern – sogenannte Misfits. So ist der häufigste Grund für die Schlafstörung im Kindesalter nicht eine körperliche oder psychische Erkrankung des Kindes oder ein Erziehungsproblem, sondern falsche Erwartungen der Eltern [7, 9]. Sie gehen zum Beispiel davon aus, dass ein einjähriges Kind nachts zwölf Stunden schläft, was für einen Teil der Kinder auch zutrifft. Gewisse Kinder schlafen sogar 13–14 Stunden, was deren Eltern als sehr angenehm empfinden. Andere Kinder kommen aber mit 9–10 Stunden Schlaf pro Nacht aus (*Abbildung 5*) [6]. Wenn sich die Eltern nicht auf den individuellen Schlafbedarf ihrer Kinder einstellen, dann kommt es zu einem Misfit: Sie behalten ihr Kind länger im Bett, als es schlafen kann, und provozieren dadurch Schlafstörungen. Das Kind hat abends Mühe mit dem Einschlafen, wacht nachts auf und / oder ist am Morgen in aller Frühe wach.

Das Fit-Konzept wurde von Remo Largo im Jahre 1999 erstmals beschrieben und steht für eine Erziehungshaltung, die eine möglichst gute Übereinstimmung zwischen den individuellen Bedürfnissen und Entwicklungseigenheiten des Kindes und seiner Umwelt anstrebt [12]. Der Begriff «Fit» ist von Stella Chess und Alexander Thomas entlehnt [2]. Die beiden amerikanischen Kinderpsychiater haben den Ausdruck «goodness of fit» eingeführt, der besagt, dass sich ein Kind dann optimal entwickelt, wenn eine Übereinstimmung zwischen seinem Temperament und seiner Motivation einerseits und den Erwartungen, Anforderungen und Möglichkeiten der Umwelt andererseits besteht. Das Fit-Konzept ist eine erweiterte Vorstellung dieses Konzeptes, die nicht nur Temperament und Motivation, sondern das ganze Kind umfasst. Das Kind soll dabei die folgenden Erfahrungen machen können: Ich fühle mich geborgen. Meine körperlichen und psychischen Grundbedürfnisse werden befriedigt. Ich bekomme ausreichend Zuwendung und fühle mich sozial akzeptiert.

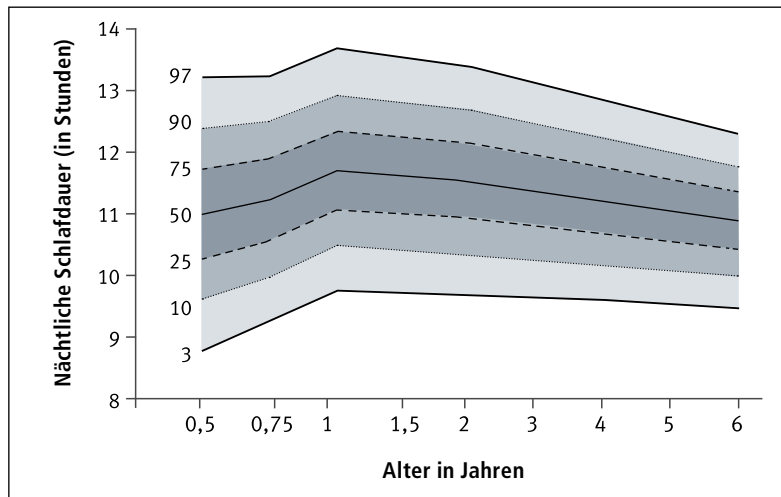


Abb. 5: Nächtliche Schlafdauer in den ersten sechs Lebensjahren (Perzentilen aus Iglowstein und Mitarbeiter, [6]).

Ich kann mir Fähigkeiten und Wissen selbstständig und meinem Entwicklungsstand entsprechend aneignen.

Gelingt die Übereinstimmung zwischen Kind und Umfeld, dann fühlt sich das Kind wohl, ist interessiert an der Umwelt und entwickelt ein gutes Selbstwertgefühl. Passen die Erwartungen und Vorstellungen der Bezugspersonen nicht mit den kindlichen Eigenheiten überein, so kommt es zu Verhaltensauffälligkeiten und psychosomatischen Beschwerden. Eine Entwicklungsvariante oder ein Reifungsphänomen kann also besonders dann zu einer Störung werden, wenn sie in Häufigkeit und Intensität die vom Umfeld gesetzten Erwartungen oder Vorstellungen übersteigt. Das heisst nicht, dass jede Verhaltensstörung, welche das Kind in seiner Entwicklung beeinträchtigt, Folge eines Misfits sein muss. Bevor aber eine Verhaltensstörung primär als pathologisch klassifiziert wird, muss sichergestellt sein, dass nicht tatsächlich eine Misfit-Situation vorliegt. Im Umgang mit Kindern besteht

Beispiel aus der Praxis

Der 3-jährige Peter geht jeden Morgen in die Krippe. Die Krippenleiterin berichtet, dass er die anderen Kinder beisst, kratzt und an den Haaren reisst. Ist das Beissen und Kratzen von Peter nun eine Entwicklungsvariante, ein Reifungsphänomen oder eine Verhaltensstörung? Viele Ratgeber gehen davon aus, dass Beissen im Kleinkindalter ein Reifungsphänomen ist. Es ist allerdings in diesem Fall notwendig, nach möglichen Misfit-Situationen zu suchen, damit angemessen mit den Verhaltensauffälligkeiten von Peter umgegangen werden kann. Hilfreich ist dabei die Frage, in welchen Situationen Peter keine Verhaltensauffälligkeiten zeigt.

Die Krippenleiterin erzählt, dass es dann gut gehe, wenn er im Spiel eingebunden sei. Eine entwicklungspsychiatrische Abklärung ergibt eine spezifische Spracherwerbsstörung bei sonst normaler körperlicher, kognitiver und sozio-emotionaler Entwicklung. Durch die Spracherwerbsstörung besteht bei Peter ein Misfit: seine soziale Akzeptanz ist durch die verminderte Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt. Er reagiert in Überforderungssituationen mit Beissen und Kratzen.

die Herausforderung des Fit-Konzeptes darin, sich als Eltern und Fachleute auf die Eigenheiten des Kindes einzustellen, sein Verhalten richtig zu interpretieren und mit dem Kind angemessen umzugehen. ■

Dieser Artikel beruht auf einem Vortrag am Kongress der Schweizerischen Gesellschaften für Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinderchirurgie am 19. Juni 2008 in Lugano.

LITERATUR

- [1] Bertelsen A (1999) Reflections on the clinical utility of the ICD-10 and DSM-IV classifications and their diagnostic criteria. *Aust Psychiatry* 33(2): 166 – 73.
- [2] Chess S, Thomas A (1984) *Origins and Evolution of Behavior Disorders*. New York: Brunner / Mazel.
- [3] Deng SY, Liu XC, Roosa MW (2004) Agreement between parent and teacher reports on behavioral problems among Chinese children. *Dev Behav Pediatr* 25(6): 407 – 14.
- [4] Eaton WO, McKeen NA, Campbell DW (2001) The waxing and waning of movement: Implications for psychological development. *Developmental Review* 21: 205 – 23.
- [5] Hooks MY, Mayes LC, Volkmar FR (1988) Psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27(5): 623 – 7.
- [6] Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH (2003) Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics* 111(2): 302 – 7.
- [7] Jenni OG, Benz C (2007) Schlafstörungen. *Pädiatrie Up2date* 4: 309 – 33.
- [8] Jenni OG, Carskadon MA (2007) *Sleep Medicine Clinics: Children and Adolescents*. Vol. 2, Orlando, FL: Elsevier Science.
- [9] Jenni OG, O'Connor BB (2005) Children's sleep: an interplay between culture and biology. *Pediatrics* 115 (1 Suppl): 204 – 16.
- [10] Klackenberg G (1968) *The Development of Children in a Swedish Urban Community. A Prospective Longitudinal Study. Part VI. The Sleep Behaviour of Children up to Three Years of Age*. *Acta Paediatr Scand Suppl* 187: 105 – 21.
- [11] Largo RH (2007) *Babyjahre*. München, Piper.
- [12] Largo RH, Jenni OG (2005) Das Zürcher Fit-Modell. *Familiendynamik* 30(2): 111 – 27.
- [13] Mahone EM, Bridges D, Prahme C, Singer HS (2004) Repetitive arm and hand movements (complex motor stereotypies) in children. *J Pediatr* 145(3): 391 – 5.
- [14] Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A (2006) Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep* 29(10): 1263 – 76.
- [15] Singh I (2008) Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nat Rev Neurosci* 9(12): 957 – 64.
- [16] Widiger TA (2005) A dimensional model of psychopathology. *Psychopathology* 38(4): 211 – 4.
- [17] Yang ML, Fullwood E, Goldstein J, Mink JW (2005) Masturbation in infancy and early childhood presenting as a movement disorder: 12 cases and a review of the literature. *Pediatrics* 116(6): 1427 – 32.

KORRESPONDENZADRESSE

PD Dr. med. Oskar Jenni
Leiter Abteilung Entwicklungspsychiatrie
Universitäts-Kinderkliniken Zürich
Steinwiesstrasse 75, CH-8032 Zürich
Tel. 0041 (0)44 266 77 51, Fax 0041 (0)44 266 71 64
E-Mail: Oskar.Jenni@kispi.uzh.ch



BEBA®

Einzigartige 3-fach-Wirkung für eine
deutliche Symptomlinderung

BEBA Sensitive* mit **L reuteri** ist hypoallergen, laktosereduziert und leicht verdaulich, geeignet zur Reduktion von Verdauungsproblemen wie **Koliken, Blähungen, Bauchkrämpfen und Verstopfung.**

*Diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke



Wichtiger Hinweis: Stillen ist ideal für Ihr Kind. Die WHO empfiehlt ausschliessliches Stillen während 6 Monaten. Informieren Sie sich beim Fachpersonal des Gesundheitswesens, falls Ihr Kind eine Zusatznahrung benötigt, oder wenn Sie nicht stillen. Darf nur unter ärztlicher Aufsicht verwendet werden.

www.nestlebaby.ch

■ EXTERNE KURSE



GERMAN SPEAKING ASSOCIATION FOR
INFANT MENTAL HEALTH

Tochtergesellschaft der WAIMH –
WORLD ASSOCIATION FOR INFANT MENTAL HEALTH

Frühe Kindheit – Brücken bauen: Wissenschaft und Praxis im Dialog

17. Jahrestagung der GAIMH

2.–4. Februar 2012, Universität Basel

Die GAIMH setzt sich, als Tochtergesellschaft der WAIMH (www.waimh.org), in den deutschsprachigen europäischen Ländern für die Förderung der seelischen Gesundheit in der frühen Kindheit sowie für die Vermeidung und Früherkennung von Fehlentwicklungen ein.

Sie will die interdisziplinäre und integrative Zusammenarbeit zwischen allen Berufsgruppen, die in der frühen Kindheit tätig sind, unterstützen und den kreativen Dialog zwischen unterschiedlichen Theorien, Denk- und Arbeitsweisen und in Schulen anregen.

Das Programm der Jahrestagung in Basel orientiert sich an drei Fragen, die für Praxis und Forschung gleichermassen von Interesse sind:

- Wie können Erkenntnisse über die Entwicklung in der frühen Kindheit aus der Forschung in der Praxis umgesetzt werden?
- Wie finden Erfahrungen und Fragen, die der pädagogischen und bio-psycho-sozialen Praxis in der frühen Kindheit unter den Nägeln brennen, ihren Weg in die Forschung?
- Wie werden die Hauptpersonen in der frühen Kindheit – Kinder von null bis drei Jahren und ihre Mütter und Väter – von Betroffenen zu Beteiligten im Prozess der Schaffung optimaler Startbedingungen für gelingende Entwicklung?

Informationen, Einreichen von Beiträgen, Anmeldung:

www.gaimh.org

Kontakt/Anmeldung:

Organisationsbüro GAIMH Basel 2012, c/o F-NETZNordwestschweiz
Thiersteinerallee 23, CH-4053 Basel, Tel. + 41 (0)79 382 45 81,
basel2012@gaimh.org

2. PaedArt

am 10/11. Mai 2012 in der Aula des UKBB in Basel

Thema: «Chronische Erkrankungen des Kindes»

www.paedart.ch (neues Vorprogramm wird in Kürze aufgeschaltet)

PaedArt ist eine interaktive und interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung insbesondere für praktizierende Kinderärzte und in die Betreuung von Kindern involvierte Fachpersonen. PaedArt soll neben einer praxis-relevanten Weiterbildung auch zur Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis beitragen.



kinderärzte.schweiz

Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis
Association professionnelle de la pédiatrie ambulatoire
Associazione professionale dei pediatri di base

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich melde mich an als

- ☐ ordentliches Mitglied (Pädiatrie FMH mit Praxistätigkeit)
- ☐ ausserordentliches Mitglied (Fachärzte anderer Gebiete, Assistent/-innen, Kliniker)

VORNAME, NAME

TITEL

FACHARZT

ADRESSE

PLZ/ORT

TELEFON PRAXIS

TELEFON PRIVAT

FAX

E-MAIL

DATUM/UNTERSCHRIFT:

Schwerpunkte in meiner Praxistätigkeit

Vorschläge für Projekte im Rahmen des Forum Praxispädiatrie FPP

Ich bin bereit, gelegentlich an einem Projekt mitzumachen

☐ Ja ☐ Nein

Bitte Talon retournieren an

Kinderärzte Schweiz (Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis), Badenerstrasse 21, 8004 Zürich
Telefon 044 520 27 17, Fax 043 317 93 64
info@kinderarzeschweiz.ch, www.kinderarzeschweiz.ch





Gastrokurs

29./30. September 2011: von Göschenen bis Airolo

ANDREAS WÜRMLI,
ALTSTÄTTEN

So muss sich das Kalbsfiletstück fühlen, wenn es im oberen schwarzen Loch verschwindet, anstatt sich an der Sonne am Euter zu laben. Jedenfalls startete ich früh morgens um 6.15 Uhr bei schönstem Wetter von Altstätten im Rheintal, bis ich irgendwann im Zürcher Nebel verschwand. Da ich aber unterwegs war zu einem Gastroenterologiekurs unter der Leitung von George Marx und geführt von Michael Bischofberger, betrubte mich dies gar nicht. Licht in das Dunkle wird George Marx sicher bringen! Wer kennt ihn nicht, den Praktiker im «Deckmantel» des Spezialisten.

Kehren wir doch zum schon zerkauten, Amylase umströmten und dann geschluckten Filet zurück. Die dadurch angeregte Darmaktivität war enorm hoch, die fitten Enzyme spalteten fleissig die Proteine und die Gallenblase kontrahierte sich kräftig. Fein säuberlich wurde der letzte Happen in seine Bestandteile zerlegt und absorbiert. Der nutzlose Rest wurde schnellstens zum Dickdarm befördert, um dort nochmals ein kleiner, letzter Festschmaus für unsere lieben Colibakterien zu sein. Zum guten Schluss verlässt das ehemalige Filet entschlackt und kompakt, ohne jegliche Schmerzen und Blutung, den Gottardo-Gastroenterologico.

Wie ihr nun aus der Filetgeschichte erfahren habt, war der Kurs sehr gut, sehr zügig geführt, fundiert und vor allem sehr praxisnah! Einmal mehr wurde George Marx mit Fragen bombardiert, weil er einerseits die Fragen zu liess und andererseits stets praktische Antworten parat hatte. Im Sinne von: «Evidenz basierte Medizin ist längst nicht immer praktikabel» (!). Oder «gastronomisch» gesprochen: Er liess sich nicht löchern wie ein Emmentaler, sondern servierte ein verführerisches Fondue mit backofenfrischem Brot in mundgerechten Stücken. Gratulation an George Marx, Frau Mathis, Frau Kaufmann und Herrn Christian Henkel! Ebenfalls tipptopp waren die Unterkunft, das Essen und der Kursaal. Diesen Kurs kann ich Euch allen nur wärmstens empfehlen. Zuletzt möchte ich mich natürlich bei Heidi bedanken; nur mit ihrer Unterstützung habe ich diesen Job gekriegt...

Jeder pickt sich seine Rosinen aus den Kursen. Jeder hat ja seinen eigenen Wissensstand in den verschiedenen Themen, sodass jeder seine neuen Erkenntnisse daraus zieht. Bei mir waren es jedenfalls wieder sehr viele, frische und leckere Rosinen, welche nun wieder mein «Largo-Testfläschchen» von Neuem weit überfüllen.

En Gueta!



■ FORTBILDUNGSNACHWEIS

Die Teilnehmer der Forum-Kurse erhalten eine Bestätigung.
Die absolvierte Fortbildungszeit gilt als spezifische pädiatrische Kernfortbildung. 1 Stunde entspricht 1 credit.

Körper, Liebe, Doktorspiele – die Sexualentwicklung im Kindesalter

Thema

Im Diskurs über kindliche Sexualität stehen in der heutigen Zeit Sorgen über Exzesse, Pathologien und Übergriffe im Vordergrund. Wie aber verläuft eigentlich die «normale, gesunde» kindliche Sexualentwicklung? Wie und wann entwickelt sich die Sexualität im Kindesalter – wie weit geht uns dies in der pädiatrischen Praxis überhaupt etwas an, wie können wir dafür einen Rahmen schaffen, in dem uns wohl ist, und welche Unterstützung können wir den Kindern und den Erziehern anbieten?

Inhalt

- Theoretisches Wissen über menschliche Sexualität, insbesondere die frühkindliche Sexualentwicklung: Wo stehen wir heute?
- Sprache: Erweiterung des Vokabulars zur Sexualität
- Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen und eigenen Wert- und Normvorstellungen
- Fallbesprechungen
- Praktische Gesprächsführung

Datum 5. November 2011, ganzer Tag

Ort Hotel Central Plaza Zürich

Leitung/Referenten

Frau Dr. med. Karoline Bischof, Sexualtherapeutin und Frauenärztin, Mitglied des Zürcher Institutes für klinische Sexologie und Sexualtherapie (www.ziss.ch), langjährige Kursleiterin der Seminarreihe Sexualberatung in der ärztlichen Praxis.

Teilnehmende max. 30 Personen

Kosten CHF 400.– bzw. CHF 300.– für FPP-Mitglieder, exkl. Mittagessen und Getränke

Information und Moderation Frau Dr. med. Mercedes Ogal, Pädiatrie FMH, Brunnen, kinderarztpraxis@ogal.ch

Hypnotherapie in der pädiatrischen Praxis (Ergänzungskurs)

37

Thema

Die Anwendungsmöglichkeiten der Hypnotherapie in der pädiatrischen Praxis sind sehr vielfältig: Sowohl bei somatischen als auch bei psychosomatischen oder psychotherapeutischen Herausforderungen sind hypnotherapeutische Interventionen sehr nützlich. In zwei Tagen werden Ideen zum praktischen Einsatz in der pädiatrischen Praxis vermittelt.

Ziele

Verstehen des Zusammenhanges von Gehirn, Psyche und Körper. Erwerben von Elementen der hypnotherapeutischen Sprache für das ärztliche Gespräch. Praktisches Erlernen von hypnotherapeutischen, lösungs- und ressourcenorientierten Interventionen zu verschiedenen Themen in der Praxis: bei allgemein somatischen Krankheitsbildern, bei Schmerz- und Schlafstörungen, Enuresis usw. Hypnotherapie zur Erhaltung der (eigenen) Gesundheit und als Hilfe beim Stressmanagement.

Inhalt

- Moderne Hirnforschung und Grundlagen der Hypnotherapie sowie des lösungsorientierten Arbeitens
- Hypnotische Lösungssprache
- Hypnotherapie und Mentaltraining bei verschiedenen somatischen oder psychosomatischen Symptomen (am Beispiel der Enuresis nocturna, von Schmerz- und Schlafstörungen, von Warzen u.a.)
- Stressmanagement
- Achtsamkeitskonzept
- Verschiedene Vorschläge zur allgemeinen Gesundheitserhaltung

Datum 20.–21. Januar 2012

Ort Hotel Bern, Bern

Leitung/Referenten

Dr. med. Ursula Bühlmann-Stähli, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie FMH. FMH-Fähigkeitsausweis für Traditionelle Chinesische Medizin. Ausbildung in systemisch lösungs- und ressourcenorientierter Kurzzeittherapie, kreativer Kindertherapie und Hypnotherapie. Vorstandsmitglied des Netzwerks für lösungsorientiertes Arbeiten, Schweiz.

Dr. med. Sabine Zehnder Schlapbach, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin FMH mit FA in medizinischer Hypnose SMSH, kreative Kindertherapeutin in eigener Praxis und Mitarbeiterin als Ärztin in der stationären Kinder- und Jugendhilfe der Stadt Bern. Weiterbildung in Kinderonkologie und kreativer lösungsorientierter systemischer Kinderkurzzeittherapie.

38

Teilnehmende max. 30 Personen**Zielpublikum** Kinder- und Jugendärztinnen, ideal auch als «deutscher Ergänzungskurs» zum Kurs von Frau Prof. L. Kuttner im April 2010 in Bern. Keine Hypnosevorkenntnisse notwendig.**Kosten** CHF 700.– inkl. Mittagessen, Getränke und Zwischenverpflegung; exkl. Übernachtungskosten (für Nichtmitglieder CHF 900.–)**Information und Moderation** Dr. med. Mercedes Ogal, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin FMH, FMH-Fähigkeitsausweis für Traditionelle Chinesische Medizin, FMH Fähigkeitsausweis in psychosomatischer und psychosozialer Medizin-

Kinderorthopädie

Thema / Allgemeines:

In loser Folge werden wichtige orthopädische Probleme und Fragestellungen aus der pädiatrischen Praxis behandelt. Jeder Kurs-tag ist jeweils einer Körperregion gewidmet. Theorie und praktische Anwendung sollen sich ergänzen (Videos, Rx-Bilder, Untersuchungstechnik direkt am Kind, interaktiv eigene Fälle). Ein erster Teil «Kinderfuss und Beinachsen» hat im Januar 2010, ein zweiter Teil «Orthopädische Probleme der Kinderhüfte» im Januar 2011 stattgefunden.

3. Teil: Kinderorthopädische Probleme der Wirbelsäule

Altersspezifische Differentialdiagnosen und typische orthopädische Krankheitsbilder der Wirbelsäule werden vorgestellt und eine kurze Übersicht über Bildgebung und Therapie gezeigt.

Ein wichtiger Teil des Kurses ist wie bisher der Untersuchungsblock, bei dem direkt am Kind die gelernten Untersuchungstechniken geübt werden können.

Die Diskussion mitgebrachter eigener Fälle und Fragen aus der Praxis ist jeweils besonders spannend und stellt den engen Bezug zum Pädiateralltag her. Darum: Jetzt schon eigene Fälle sammeln!

Datum Donnerstag, 2. Februar 2012, 9–17 Uhr**Ort** Auditorium der Schulthess Klinik, Zürich**Leitung/Referenten** Kinderorthopädie-Team der Schulthess Klinik: Dr. med. R. Velasco, Dr. med. H. Manner, Frau Dr. med. S. Dähn, Frau Dr. med. E. Lamprecht, Kinderorthopädin Winterthur**Teilnehmende** max. 50 Personen**Kosten** CHF 300.– (für Nichtmitglieder CHF 400.–) inkl. Mittagessen, Getränke und Zwischenverpflegung**Information und Moderation**

Dr. med. Nadia Sauter Oes, Winterthur

Kinderaudiologie

Thema

Es werden theoretische und praktische Aspekte aktueller kinderaudiologischer Methoden vermittelt. Im Vordergrund steht vor allem das Management von Mittelohr-Belüftungsstörungen. Parallel zu Kleingruppenübungen (Tympanometrie, Verhaltens- und Sprachaudiometrie, evtl. Neugeborenenhörscreening) bieten wir erstmals einen Workshop «Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen» an.

Datum Samstag, 12. Mai 2012**Ort** Kantonsspital Luzern**Leitung/Referent** Dr. med. Peter Oppermann**Teilnehmende** max. 25 Personen**Kosten** CHF 350.– inkl. Mittagessen, Getränke und Zwischenverpflegung (für Nichtmitglieder CHF 450.–)**Information** Dr. med. Manuela Hany, 8400 Winterthur

Pädiatrisches Praxiseröffnungsseminar

Thema

Was müssen «Einsteiger» in die Kinder- und Jugendmedizin mit eigener Praxis wissen? Erfahrene Praxispädiater und Fachleute aus dem administrativen Bereich vermitteln wichtige und erprobte Tipps. Das Seminar ist die ideale Vorbereitung auf die Eröffnung einer eigenen Praxis für Kinder- und Jugendmedizin (Detailprogramm folgt später).

Datum 29.–30. Juni 2012**Ort** Zürich**Leitung/Referent** Dr. med. Sepp Holtz, Zürich**Teilnehmende** max. 20 Personen

Das Seminar richtet sich in erster Linie an Oberärztinnen und Oberärzte, Assistentinnen und Assistenten, die sich mit dem Gedanken auseinandersetzen, in den nächsten Jahren eine Praxis zu eröffnen oder in einem Praxismodell mitzuarbeiten.

Im Weiteren sind auch Pädiater/-innen angesprochen, die erst seit Kurzem in der Praxis sind.

Kosten CHF 500.– für FPP-Mitglieder (Nichtmitglieder können zu einem reduzierten Preis Mitglied werden.)**Information und Moderation** Dr. med. S. Holtz, FMH Kinder- und Jugendmedizin, Bellariastrasse 83, 8038 Zürich

Die medizinische Hypnose in der Kinder- und Jugendmedizin (für Einsteiger)

Thema

Die Hypnose ist ein starkes therapeutisches und kommunikatives Instrument für die pädiatrische Praxis. Sie kann zudem Kindern ab drei Jahren als eigenregulatives Werkzeug bei Problemen wie Enuresis, Angstzuständen, Asthma, Kopfschmerzen, Schlafproblemen unterrichtet werden. Die Kinder erfahren, wie sie selbstwirksam werden. Die meisten Kinder sind empfänglich für Hypnosebehandlungen und nehmen diese gerne an. Viele finden sie einfach und sind fasziniert davon, ihren eigenen Intellekt und eigene Vorstellungskraft einzusetzen, um sich selbst zu helfen. Für den Kliniker ist die Hypnose ein wirksamer, befriedigender, kreativer und vielseitiger Therapieansatz, der zu vielen positiven Ergebnissen und beruflicher Befriedigung führt. Dieses zweitägige Intensivseminar ist für Kliniker gedacht, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, die unter Schmerzen, Angst, Ängstlichkeit, Verhaltensstörungen oder Krankheiten leiden. Wir werden DVDs ansehen, die illustrieren, wie die Hypnose unter verschiedenen Bedingungen angewendet wird. Es wird Demonstrationen geben und Sie werden die Gelegenheit haben, unter Aufsicht zu üben, um Ihr Können in der Anwendung dieser befriedigenden Fähigkeit zu entwickeln.

Datum 29.–30. Juni 2012

Ort Brunnen SZ

Leitung/Referenten

Dr. Leora Kuttner ist eine international renommierte klinische Psychologin im Bereich der Schmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen während der vergangenen 30 Jahre. Sie ist Professorin am Department of Pediatrics der University of British Columbia und des British Columbia Children's Hospital, Vancouver, Canada. Sie hat vier Dokumentarserien geleitet, u.a. «Keine Ängste, Keine Tränen 13 Jahre Später», hat das Buch «A Child in Pain; What Health Professionals Can Do to Help» geschrieben (2010) und mehrere Auszeichnungen erhalten, u.a. den Jeffrey Lawson Award for Advocacy for Children's Pain Relief, 2007, der American Pain Society.

Teilnehmende max. 35 Personen
Die Kurssprache ist Englisch (sehr gut verständlich)

Kosten CHF 700.– inkl. Mittagessen, Getränke und Zwischenverpflegung; exkl. Übernachtung (für Nichtmitglieder CHF 900.–)

Information und Moderation Dr. med. Mercedes Ogal, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin FMH, FMH-Fähigkeitsausweis für Traditionelle Chinesische Medizin, FMH-Fähigkeitsausweis in psychosomatischer und psychosozialer Medizin

■ WARTELISTE

Workshop Neonatologie für Praxispädiater und Praxispädiaterinnen vom 10. November 2011

■ **ONLINE-ANMELDUNG**
WWW.KINDERAERZTESCHWEIZ.CH

ANMELDEDETAILON

39

Diese Anmeldung ist verbindlich.

Annulation bis 30 Tage vor Kursbeginn ohne Kostenfolge.

Bei Abmeldung weniger als 30 Tage vor Kursbeginn oder bei Nichterscheinen wird der volle Kursbetrag in Rechnung gestellt.

- ☐ **Körper, Liebe, Doktorspiele – die Sexualentwicklung im Kindesalter, 5. November 2011, Zürich**
- ☐ **Hypnotherapie in der pädiatrischen Praxis (Ergänzungskurs), 20.–21. Januar 2012, Bern**
- ☐ **Kinderorthopädie, 2. Februar 2012, Zürich**
- ☐ **Kinderaudiologie, Samstag, 12. Mai 2012, Luzern**
- ☐ **Pädiatrisches Praxiseröffnungsseminar 29.–30. Juni 2012, Zürich**
- ☐ **Die medizinische Hypnose in der Kinder- und Jugendmedizin (für Einsteiger), 29.–30. Juni 2012, Brunnen SZ**

ANMELDUNG FÜR KURSE KINDERÄRZTE.SCHWEIZ

NAME: _____

VORNAME: _____

ADRESSE: _____

PLZ/ORT: _____

E-MAIL: _____

DATUM/UNTERSCHRIFT: _____

Kinderärzte.Schweiz, Badenerstrasse 21, 8004 Zürich,
Fax 043 317 93 64,
info@kinderaerzteschweiz.ch oder www.kinderaerzteschweiz.ch

VERLAG PRAXISPÄDIATRIE GMBH

Die Bestellung ist verbindlich.

- ☐ Testmaterial: **Neuromotorik-Testkoffer** zu CHF 480.– plus NK

NAME: _____

VORNAME: _____

ADRESSE: _____

PLZ/ORT: _____

E-MAIL: _____

DATUM/UNTERSCHRIFT: _____

Verlag Kinderärzte.Schweiz, Badenerstrasse 21, 8004 Zürich
Fax 043 317 93 64, info@kinderaerzteschweiz.ch



Spontane Ideen sind oft die besten ...

...und was sonst noch so alles nicht im Studienreport erscheinen wird

Wieder war ein Team der SVUPP mit Raoul Schmid, Thomas Baumann und Bettina Essers im Rahmen des Hüftdysplasieprojekts in der Mongolei. Ein Erfolgsbericht aus dem Land von Dschingis Khan.

Raoul Schmid,
BAAR

Chinggis beer

Eine Bieridee war sie insofern, dass sie spontan bei einem «Non-filtered Chinggis Bier» entstanden ist, der Plan einer Studie. Zuvor haben wir Ausbildungskurse abgehalten und Neonatologinnen beworben. Niemand hatte sich bis dahin Gedanken zum Aufwand und zum möglichen Impact unseres Engagements gemacht. Wir wollten aber wissen, wie häufig die DDH (developmental dysplasia of the hip) in der Mongolei auftritt. Trotz maximal zentralisiertem Gesundheitssystem – es gibt landesweit eine einzige Klinik, welche Kinder mit Hüftdysplasien behandelt – sind schlichtweg keine Zahlen verfügbar. Jeder Bewohner der Mongolei kennt Opfer dieser Erkrankung und in den Strassen sind sie unübersehbar. Niemand weiss hingegen, wie viele deswegen lebenslang behindert sind.

Ausserdem wollten wir aufzeigen, dass ein Screeningprogramm grundsätzlich möglich ist und das Leiden beeinflussbar. Der weitere Verlauf hat uns selber masslos überrascht, die feuchtfröhliche Eingebung hat sich als Glücksfall erwiesen.

Links: Ein bzw. drei Runden um den Ovoo haben geholfen, unser Projekt weiterzuführen ...

Rechts: Vor, während und nach der Hüftultraschalluntersuchung!

Weg mit Paradigmen

Hüftgelenke gehören in erster Linie den Orthopäden, in zweiter dem Kind, bestimmt aber nicht einem Pädiater. Es ist auszuschliessen, dass Kinderärztinnen und Neonatologinnen die hohe Kunst der Sonografie erlernen und beherrschen könnten würden (dürfen). Päd-



Einer, dem nun mit gesunden Hüften nichts mehr im Wege steht!

iater oder gar Kinderradiologen behandeln Hüftdysplasien – niemals! Ein landesweites Screeningprogramm erreichen zu wollen, ist verwegen. Ein Präventivprojekt



in einem Entwicklungsland ist langweilig. Entwicklungshilfe verlangt nach heroischen, kurativen Taten, ansonsten kaum Geld dafür gesammelt oder die Öffentlichkeit dafür gewonnen werden kann.

Solcherlei haben wir oft gehört oder dürfen es teilweise ja auch in unserer Heimat erleben. Wir erlauben uns, solche Paradigmen als unsinnig und den Fortschritt hemmend zu geisseln. Gerade ein Entwicklungsland kann es sich nicht leisten, solche Indoktrinationen aufrechtzuerhalten. Die Zwangsjacke des status quo kann so nicht abgelegt werden. Mithilfe der Studie glauben wir, Augen geöffnet und Türen aufgestossen zu haben für fortschrittlichere Strukturen und Denkweisen.

Verkalkung im Kopf

Ein Beispiel gefällig? Gerne: Die orthopädischen Chirurgen in der Mongolei verfolgen unser Tun argwöhnisch und lassen sich noch nicht zur Kooperation bewegen, obwohl Prof. Graf himself in der Löwengrube des «Trauma Center» versuchte, die modernen Konzepte der Diagnostik und Therapie zu vermitteln. Täglich wurden wir auch diesmal von ihren besorgten Eltern mit bemitleidenswerten Kindern konfrontiert.

Beide Kinder unserer Studie, bei welchen sonografisch eine vollständige Luxation (Typ 4) diagnostiziert wurde, haben wir umgehend den Orthopäden zugewiesen. Sie wurden wieder nach Hause geschickt. In den ersten 6 Monaten sei dieses Problem noch gar nicht behandelbar. Unsere Kolleginnen mussten tatenlos zusehen, wie die Dislokation weiter voranschreitet und sich die Femurköpfe zusehends verformen.

Ein dreijähriger Knabe wird gebracht, ausserstande, allein zu gehen, weil ihm seit dem Alter von 6 Monaten ein Metallstab zwischen die Innenknöchel fixiert wird, um Adduktion zu vermeiden. Das mitgebrachte Röntgenbild zeigt gut zentrierte Femurköpfe... Asymmetrische Glutälfalten gelten noch heute als sicheres Luxationszeichen, auch bei einwandfreiem sonografischem oder radiologischem Befund. Diverse Kinder in Pavlik-Bandagen oder Lederriemengeschirr präsentierten sich mit radiologisch perfekten Befunden. Die Diagnose einer Dysplasie war gestellt worden, weil im Alter von 4 oder 6 Monaten radiologisch noch kein Femurkopfkern zu sehen war. Der trockene Kommentar von Prof. Graf dazu würde lauten: Verkalkung im Kopf ist eine Alterserscheinung, und sonst nichts! Wir ergänzen zynisch: und Medizin ist (auch) ein Geschäft...

Efforts

Die Studie hat enorm viel gebracht, zunächst einmal Arbeit. Die involvierten Ärztinnen und der eine Arzt in Ulaanbaatar haben für die rund 12 000 Screeninguntersuchungen für Kontrollen, Formulare, Elterninstruktionen und Informationsaustausch im Rahmen der Studie weit über 2000 Überstunden geleistet, ohne dass



Footswitch geht nicht, also arbeiten wir gemeinsam: einer schallt, der andere drückt.



Die «offizielle» Limousine für den Präsidenten in Ulan Batar!



Die Versammlung zur Feier des Studienabschlusses mit Kindern, Eltern, Hip-Team, Spitaldirektion und Minister!

42

ihnen das in irgendeiner Form vergütet worden wäre. Zur Erinnerung: Eine mongolische Ärztin verdient umgerechnet, je nach Anzahl an Notfalldiensten, zwischen 300 und 500 CHF!

Die Studie brachte aber auch die Erkenntnis der Notwendigkeit und des Erfolges zum Wohle der Kinder und Familien. Sie hat die von der SVUPP, von Spendern und Sponsoren finanzierten Geräte geschützt, indem diese, eingebunden mit täglicher Überwachung, auch aus der Schweiz zugänglich waren und nicht in den unergründlichen Korruptionspfaden versickert sind. Alle stehen also noch immer funktionstüchtig und wohlbehalten im Einsatz!

Das Beste zum Schluss

Gesundheitspolitisch wird das Projekt zu einem grossartigen Erfolg. Wir wissen jetzt, dass 1,3 % der Neugeborenen in der Mongolei eine DDH aufweisen. Kinderärztinnen können zuverlässig diese Diagnose stellen – mit Ultraschall, wer hätte das gedacht? Und behandeln kann man sie auch noch: 150 Hüften wurden gesund.



Vor der Fernsehstation: der Präsident, die leitende Neonatologin, der Radiologe, die Neonatologin, der Initiator, die erfahrenste Hüftsonografin der Welt und der Sohn...



... im staatlichen Fernsehen in den Hauptnachrichten!



Die Rede des Ministers.

Das Gesundheitsministerium hat aufgrund der Studienergebnisse beschlossen, ein landesweites Screeningprogramm so schnell als möglich zu lancieren. Das ist ein Befehl von höchster Ebene, wohlverstanden. Das garantiert die Nachhaltigkeit unseres Projektes, es gibt kein Zurück mehr. Spätestens zu Jahresbeginn werden alle Geburtskliniken in der Hauptstadt mit dem Screening beginnen, das erfasst schon die Hälfte aller Neugeborenen. Ausbildungskurse und Bücher in mongolischer Schrift und Sprache wurden erarbeitet. Die Gründung einer mongolischen Hüftkommission ist beschlossene Sache. Qualitätssicherung wird heiss diskutiert und es soll ein landesweites Internet-basiertes Register erstellt werden, wiederum eine absolute Novität in einem Schwellenland! Die Öffentlichkeit ist informiert. Mehrere TV-Sender haben das Thema aufgegriffen mit einem einstündigen Auftritt in einer Talkshow (mit dem sinnigen Namen «coffee or tea?») und Beiträgen in den Hauptnachrichten zu bester Sendezeit. Eine öffentliche Feier zum Studienabschluss brachte Eltern mit Entscheidungsträgern zusammen. Eltern von betroffenen wie von geheilten Kindern diskutierten mit Ärztinnen des Hip-Teams, mit Klinikdirektoren, Medienvertretern und dem Direktor des Gesundheitsministeriums. Die Voten und Appelle waren ergreifend!

Wir wollen nicht übermütig werden, aber die Mongolei schickt sich an, in Bezug auf DDH weltweit zur Spitze aufzuschliessen. Voraussetzung ist natürlich, dass v.a. die Kolleginnen vor Ort motiviert bleiben und bestmögliche Unterstützung erhalten. Wir bleiben dran und helfen weiter, die SVUPP auch – und Sie?

www.smopp.net

■ ULTRASCHALLKURSE

Pädiatrische Sonografie – Aufbau- und Abschlusskurs (Kombikurs mit zwei Modulen)

Datum 4./5. November 2011
Ort Aarberg
Teilnehmende Je 20 Personen
Kosten Jedes Modul CHF 1000.– bzw. CHF 900.– für SVUPP-Mitglieder

Abschlusskurs Hüftsonografie (Teil 3)

Datum 4./5. Mai 2012
Ort Solothurn
Leitung/Referent Dr. med. Thomas Baumann, Solothurn
Teilnehmende 20 Personen
Kosten CHF 1000.– bzw. CHF 900.– für SVUPP-Mitglieder

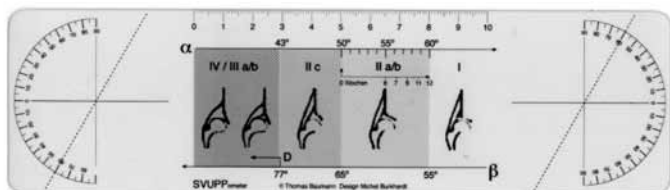
Refresherkurs Hüftsonografie (Teil 4)

Datum 5. Mai 2012
Ort Solothurn
Leitung/Referent Dr. med. Thomas Baumann, Solothurn
Teilnehmende 40 Personen
Kosten CHF 500.– bzw. CHF 400.– für SVUPP-Mitglieder

Grund- und Aufbaukurs Hüftsonografie (Teil 1–2)

Datum 20.–22. September 2012
Ort offen
Teilnehmende 20 Personen
Kosten CHF 1600.– bzw. CHF 1500.– für SVUPP-Mitglieder

SVUPP-o-Meter



Preis CHF 20.– plus Porto und Verpackung

ANMELDEDETAILON

Ihre Anmeldung ist verbindlich.
 Die Annullation bis 30 Tage vor Kursbeginn ist kostenfrei.
 Bei Abmeldungen von weniger als 30 Tagen vor dem Kurs oder bei Nichterscheinen muss der volle Kursbetrag verrechnet werden.

ULTRASCHALLKURSE

- ☐ **Pädiatrische Sonografie – (Kombikurs mit zwei Modulen)** ☐ **Aufbaukurs**
4./5. November 2011, Aarberg ☐ **Abschlusskurs**
- ☐ **Abschlusskurs Hüftsonografie (Teil 3)**
4./5. Mai 2012, Solothurn
- ☐ **Refresherkurs Hüftsonografie (Teil 4)**
5. Mai 2012, Solothurn
- ☐ **Grund- und Aufbaukurs Hüftsonografie (Teil 1–2)**
20.–22. September 2012
- ☐ **SVUPP-o-Meter** (CHF 20.– plus Porto und Verpackung)

ANMELDUNG FÜR SVUPP-KURSE

- ☐ Ich bestätige, dass ich die Anmeldebedingungen zur Kenntnis genommen habe.
- Grundkurs besucht am: _____ (Datum)
- Anbieter: _____ (SVUPP oder andere Vereinigung)
- Aufbaukurs besucht am: _____ (Datum)
- Anbieter: _____ (SVUPP oder andere Vereinigung)
- Abschlusskurs besucht am: _____ (Datum)
- Anbieter: _____ (SVUPP oder andere Vereinigung)

NAME: (STEMPEL) _____

VORNAME: _____

ADRESSE: _____

PLZ/ORT: _____

E-MAIL: _____

DATUM/UNTERSCHRIFT: _____

SVUPP
 Badenerstrasse 21, 8004 Zürich
 Tel. 044 520 27 17, Fax 043 317 93 64
 info@svupp.ch oder www.svupp.ch



44 **Thomas Baumann und Romedius Alber**

Schulschwierigkeiten: Störungsgerechte Abklärung in der pädiatrischen Praxis

EINE BUCH-
BESPRECHUNG VON
ARNOLD BÄCHLER,
ST. GALLEN

Einmal mehr überraschen uns Thomas Baumann und sein Mitautor mit einem äusserst nützlichen und längst fälligen Handbuch für die pädiatrische Praxis. Der kinderärztliche Umgang mit Schulschwierigkeiten gehört seit Jahrzehnten zu den Schreckgespenstern aller pädiatrischen Praxisanfänger, da sie im Verlaufe ihrer klinischen Weiterbildung kaum Gelegenheit hatten, sich damit zu beschäftigen.

Der wachsende Leistungsdruck aus der Berufswelt der Erwachsenen überträgt sich von den Berufsschulen über die Sekundarschule auf die Primarschule und ist längst schon im Kindergarten angelangt. Schlechter Schulerfolg wird von den meisten Eltern mit schlechtem Berufserfolg assoziiert, was dazu führt, dass Schulschwierigkeiten als stark emotional besetztes Thema immer häufiger in der kinderärztlichen Praxis zur Sprache kommen.

Gemessen am hohen Stellenwert dieser Thematik ist der Informationsstand des frisch gebackenen pädiatrischen Facharztes äusserst mangelhaft. Mit ihrem mutigen und hoch informativen Buch schliessen die Autoren eine grosse Lücke im Regal der Kinderarztpraxis.

Mutig ist das Buch in zweifacher Hinsicht

In einer Zeit zunehmender akademischer Parzellierung äussern sich die Autoren mit grosser praktischer Erfahrung und beeindruckender Literaturkenntnis zu einem Themenkreis, der psychologisch und pädagogisch bereits stark besetzt ist, und markieren damit engagiert pädiatrisches Territorium.

Mutig ist das Buch aber auch, weil es die Kinderärzte dort platziert, wo sie von den Eltern gesucht werden, wenn ihr Kind in Schulnot geraten ist. Eltern erwarten nämlich, dass sich der Praxispädiater nicht nur im Krankheitsfall, sondern auch bei Schulschwierigkeiten eingehend mit ihrem Kind befasst und sich nicht darauf beschränkt, eine Hör- oder Sehstörung auszuschliessen, ein EEG anzuordnen oder eine medikamentöse Behandlung einzuleiten. Die Autoren weisen dem Kinderarzt in der Prävention, der Diagnostik, vor allem aber bei der Beratung und Begleitung von Kindern mit Schulschwierigkeiten eine wichtige koordinative Aufgabe zu.

Mut ist jedoch nur der gesundheitspolitische Aspekt dieses gehaltvollen Buches. Dem ungeduldigen Leser geht es wohl vor allem um den fachlichen Aspekt, die

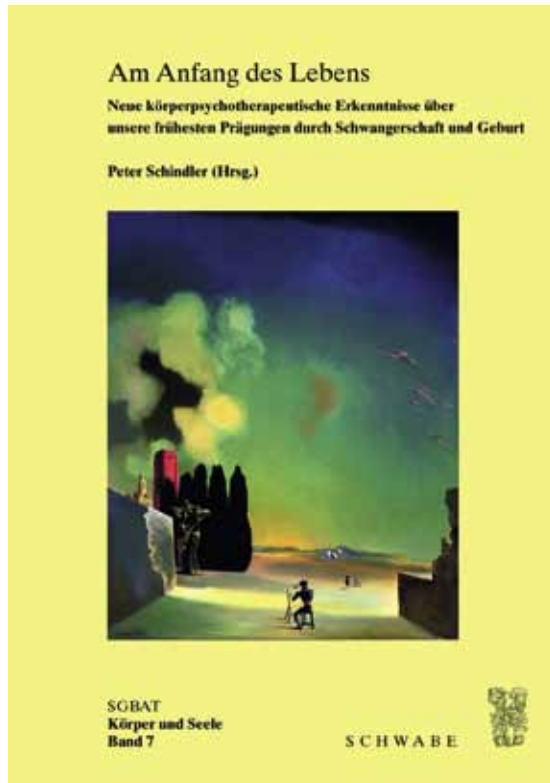
praktischen Ratschläge und die Hinweise auf Untersuchungsinstrumente, seien es psychologische Tests, deren Resultate man verstehen sollte, oder seien es Screeninginstrumente, die es einem erlauben, sich in der Praxis selber ein Bild vom Arbeitsverhalten des Kindes zu machen. Diese Erwartung der Leser nach praktischen Tips und Tricks wird in den vier Teilen des Buches: 1. Theoretische Grundlagen, 2. Praktisches Vorgehen, 3. Störungsbilder und 4. Therapie reichlich befriedigt.

Die Befürchtung, der Leser werde in einem Schnelllehrgang zum Selfmade-Schulpsychologen ausgebildet, erweist sich als gänzlich unbegründet. Der Pädiater oder Kinderpsychiater soll (wieder) befähigt werden, Kinder mit Schulschwierigkeiten umfassend zu verstehen, aktuelle Abklärungsergebnisse in das Kontinuum des Entwicklungsverlaufes einzuordnen und sinnvolle Massnahmen einzuleiten und zu koordinieren.

Bei der Lektüre des Buches blitzen immer wieder kritische Gedanken auf, welche die ganze Abklärungs-, Diagnose- und Therapiemaschinerie infrage stellen und von der reflektierenden Distanz der Autoren zeugen. Allein schon die im Vorwort stichwortartig aufgeführten Thesen zum Themenkreis Schulschwierigkeiten sind den Kauf des Buches wert, das ich allen Praxispädiatern wärmstens empfehlen kann: ein reifes, äusserst nützliches und längst fälliges Buch! ■



Thomas Baumann,
Romedius Alber
Schulschwierigkeiten:
Störungsgerechte
Abklärung in der
pädiatrischen Praxis.
ISBN 978-3-456-84871-6
Verlag Hans Huber
2011



Am Anfang des Lebens

Band 7 der Schriftenreihe «Körper und Seele» der Schweiz.
Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie.

DR. MED. CYRIL LÜDIN,
MUTTENZ

Das Ziel der Autoren dieses Buches ist es, die neuen Erkenntnisse über unsere frühesten Prägungen durch Schwangerschaft und Geburt darzustellen. Als Herausgeber ist es Peter Schindler gelungen, namhafte Pioniere auf dem Gebiet der präverbalen Entwicklung in der modernen Säuglingsforschung zu gewinnen wie David Chamberlain, William Emerson oder Rien Verdult, um nur wenige zu nennen.

Wir erfahren faszinierende neurobiologische Erkenntnisse über die Hirnentwicklung in Interaktion mit der seelischen Entwicklung des Menschen. Die frühen Bindungsbeziehungen sind besonders grundlegend, weil sie die Neurochemie der Emotionen und des gesamten Nervensystems steuern und so unser soziales und moralisches Funktionieren beeinflussen. Schwangerschaft und Geburt erleben wir als psychisch hochsensibel und bewusste Wesen.

Pränataler Stress, Missbrauch, Vernachlässigung sind Erfahrungen, die die Gehirnentwicklung durch Beschneidung von Synapsen im orbitofrontalen Kortex so verändern, dass andauernde emotionale, kognitive, so-

ziale und psychische Probleme entstehen. Ein Kind mit einer sicheren schon pränatalen Bindung entwickelt andererseits die neuronalen Pfade für Belastbarkeit, Selbstwert, grundlegendes Vertrauen und Affektregulation. Das Bindungsverhalten des Kindes ist ein Spiegel der Qualität seiner pränatalen Erlebniswelt.

Die Sensibilität des biologischen Systems vor allem im letzten Trimenon ergibt Prägungen sowohl durch positive wie auch traumatische Erfahrungen. Grenzerfahrungen beim «auf die Welt kommen» haben Einfluss auf unser implizites (unbewusstes) und explizites Gedächtnis.

Aus Therapien mit Erwachsenen und Kindern kann abgeleitet werden, dass sehr frühe Erfahrungen, seien sie positiv oder belastend im Sinne von Traumatisierungen oder Schockerlebnissen, im Körper gespeichert werden, was zu spezifischen Mustern führt, die den betroffenen Menschen in der Entfaltung seiner ganzen Persönlichkeit prägen und unter Umständen zurückbinden.

Bleiben die Erfahrungen überwältigend, können Muskeltonus, Haltung und Bewegung in tieferen Schichten des somatischen Bewusstseins verankert werden und so zum Ausdruck kommen.

Somatische Therapie erleichtert die körperliche Integration des Traumas sehr und ergänzt das emotionale Lösen. Ungelöste Traumata bringen unsere Psyche wie bei einer Infektion dazu, uns auf erlittene Verletzungen aufmerksam zu machen.

Im Grenzbereich zwischen der akademischen Wissenschaft und der körpertherapeutischen Erfahrungswissenschaft suchen wir unseren Zugang zu unserem impliziten Gedächtnis. Wir erreichen es auch ohne zu wissen, wo die Erinnerung tatsächlich gespeichert ist.

Durch das ganze Buch öffnen sich Grenzen zwischen Prä- und Perinatalem, Körper und Psyche, Mythologie und Ethnologie sowie dem Diesseits und Jenseits.

Dieses Buch ist gut in einzelnen Kapiteln zu lesen und bringt uns die hochsensiblen Perioden unseres Seelenlebens vor unserer Geburt anschaulich näher. Als Pädater entnehme ich diesen Sichtweisen eine grosse Hilfe für meine primären Präventionsaufgaben bei der Begleitung von jungen Familien.

Das Wissen, dass Kinder und Ungeborene von der Empfängnis an bewusste Wesen sind, wird einen zunehmenden Effekt auf Babys und Eltern haben. ■

Offener Brief (Artikel und Repliken zu «neue Wachstumskurven»)

Lieber Oscar, lieber Urs und
liebe (Wachstums-)Spezialisten

Als Praxispädiater zeigt die Diskussion unter euch Spezialisten wieder einmal exemplarisch die «verschiedenen Sprachen» von Praktikern und Klinikern/Spezialisten:

Mir (und auch vielen anderen Praxispädiatern PP) ergeht es nämlich mit den neuen Kurven (insbesondere in den ersten 6–12 Monaten) in der Praxis wie folgt:

So wichtige alltägliche Fragen wie Rhythmus/Schreien/Ernährung und Gedeihen in den ersten Wochen beraten wir PP u. a. gerne mithilfe der Perzentilenkurven, wobei bisher schön bis 8 Wochen pp das Gedeihen dokumentiert werden konnte. Auch in den ersten 2–4–9–48 Monaten war insbesondere bei «Problemkindern» das Verfolgen des Perzentilenverlaufs problemlos visualisierbar (Monatsintervalle)!

All dies ist nun nicht mehr möglich, da die Neugeborenenkurven gerade noch bis 2 Wochen pp reichen und nur noch für FGs informativ bleiben (I.VU mit

4 Wochen sind nun auf welche Kurven noch vernünftig anwendbar?) Die ersten 0–6–12 Monate sind winzig klein und nur noch in 2-Monate-Schritten (sie!) vorhanden, sodass ein etwas «dick gezeichneter» Punkt gerade einen halben Lebensentwicklungsmonat umfasst...

Für mich als Praktiker sind diese Kurven unbrauchbar und es dünkt mich, dass nicht sehr viele mit der täglichen Routine des Messens vertraute Praktiker bei der Ausarbeitung und v. a. der Praktikabilitätsprüfung vor der offiziellen Einführung konsultiert wurden.

Daraus folgt für mich persönlich: mühsames Kopieren der alten Kurven in die neuen KGs und natürlich weiterhin verschiedene «Perzentilensprachen» für wie lange Zeit noch???

Herzliche Grüsse

Peter Reinhard pp in Kloten

■ KOMMENTAR – IST ALLES NEUE BESSER?

In den letzten Wochen wurde sehr kontrovers über die neuen Wachstumskurven diskutiert. Ich will mich nicht inhaltlich zu den Standpunkten äussern. Es geht mir um rein praktische Aspekte:

Vormals lieferte uns die Nestlé die alten Kurven gratis. Nun dürfen sie keine Kurven mehr vertreiben. Wie im Leserbrief erwähnt, sind die neuen Kurven äusserst unklug ausgeführt, in den ersten Monaten finde ich den Punkt für Gewicht und Länge kaum. Es macht Mühe, den Eltern die Kurven gut zu zeigen, vor allem im A5-Format. Die Periode der ersten Monate müsste auseinandergezogen werden. Kollegen, die mit Vitodata arbeiten, finden auf

dem Programm weiterhin die alten Kurven, es geht um Copyright-Rechte.

Die neuen Wachstumskurven führen beim Praktiker zu grossem Missmut. Es scheint sich keiner überlegt zu haben, was unsere Bedürfnisse sind. Wir sind die primären Verwender der Kurven, aber einmal mehr: im Glashaus werden wir als eine Quantité négligeable angeschaut... Viele Kollegen, nicht nur Peter Reinhardt, ziehen es demzufolge vor, die alten Kurven zu benutzen. Wie sehen das unsere Mitglieder?

Im Namen des Redaktionsteams

Manuela Hany



Aptamil HA: Doppelter Nutzen für allergiegefährdete Säuglinge nachgewiesen.

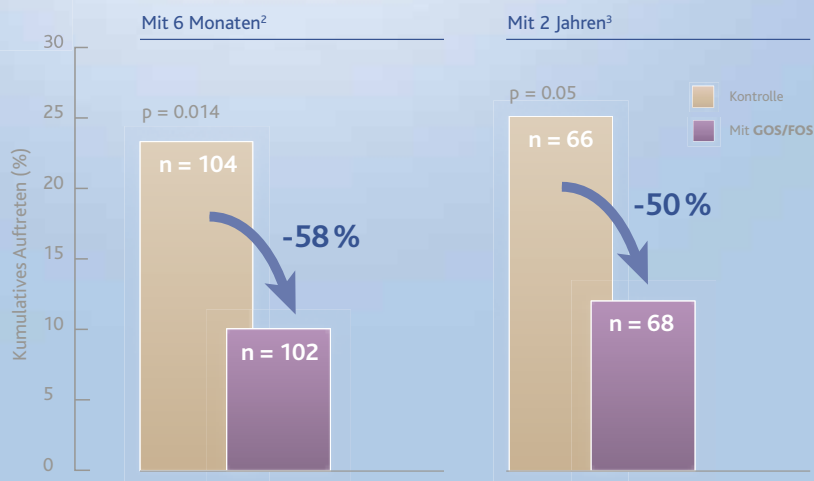


Molkenprotein:
Reduzierter Allergenität.

+

Patenterte GOS/FOS Mischung:
› Mit Bifidus-Bakterien angereicherte Darmflora, ähnlich der eines gestillten Säuglings.

› Klinisch nachgewiesene Reduktion der atopischen Dermatitis:



Aptamil HA:
Klinisch nachgewiesene Reduktion
der atopischen Dermatitis mit 6 Monaten.
Anhaltende Wirkung bis 2 Jahre.

Aptamil, inspiriert vom Modell der Muttermilch – garantiert durch Wissenschaft.

Wichtiger Hinweis: Stillen ist ideal für Ihr Kind.

¹ Eine einzigartige und patentierte Mischung aus Galacto- und Fructo-Oligosaccharide (90/10).

² Moro G et al. A mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of atopic dermatitis during the first 6 months of age.

³ Arslanoglu S et al. Early dietary interventions with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergy associated symptoms and infections during the first 2 years of life.

Kinder sollen Kinder bleiben

- ▶ **Wirksame Asthmakontrolle**
- ▶ **Einfache Dosierung einmal täglich**
ohne komplizierte Geräte
- ▶ **Gut verträglich**
- ▶ **Nicht-steroidal**



**SINGULAIR® – eine wirksame Alternative
für Kinder verschiedenen Alters**

SINGULAIR®
(Montelukast, MSD)
Take Control.

Konsultieren Sie bitte vor der Verschreibung von SINGULAIR® die komplette Fachinformation im Arzneimittel-Kompodium der Schweiz.

Abgekürzte Fachinformation SINGULAIR®: **Indikation:** Chronisches Bronchialasthma bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren. Bei Kindern von 2 bis 5 Jahren mit gesicherter Asthmad Diagnose: a) als Monotherapie bei leichten, nicht steroidpflichtigen Formen; b) als Zusatztherapie zu Kortikoiden bei schweren Formen. Bei Kindern von 6 Monaten bis 2 Jahren mit gesicherter Asthmad Diagnose: a) als Monotherapie bei leichten, nicht steroidpflichtigen Formen, vor allem wenn eine Inhalationstherapie schwierig durchführbar ist; b) als Zusatztherapie zu Kortikoiden bei schweren Formen. Linderung von Symptomen der saisonalen und perennialen allergischen Rhinitis bei Erwachsenen und Kindern ab 2 Jahren. **Dosierung/Anwendung:** Erwachsene eine 10mg Tablette pro Tag. 6–14 jährige Kinder eine 5mg Kautablette pro Tag. 2–5 jährige Kinder eine 4mg Kautablette oder ein Sachet 4mg pro Tag. 6 monatige–2 jährige Kinder ein Sachet 4mg pro Tag. Für die Behandlung von Asthma sollte die Dosis am Abend vor der Bettruhe, für die Behandlung der allergischen Rhinitis sollte sie entweder morgens oder abends eingenommen werden. SINGULAIR® kann mit oder ohne gleichzeitige Nahrung eingenommen werden. SINGULAIR® orales Granulat kann entweder direkt auf die Zunge oder in den Mund gegeben werden oder vermischt auf einem Löffel mit weicher Nahrung oder eingerührt in einem Teelöffel Babynahrung oder Muttermilch (jedoch nicht in andere Flüssigkeiten) und sollte innerhalb 15 Minuten nach Öffnen des Sachets verabreicht werden. SINGULAIR® kann zu einer bestehenden Asthma-therapie mit inhalativen Kortikoiden oder β_2 -Agonisten nach Bedarf hinzugefügt werden. SINGULAIR® bringt zusätzlichen klinischen Nutzen für Patienten unter inhalativen Kortikoiden. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile dieses Produkts. **Vorsichtsmassnahmen:** SINGULAIR® sollte nicht zur Behandlung von akuten Asthmaanfällen eingesetzt werden. Obwohl die Dosis von gleichzeitigen inhalativen Kortikoiden unter ärztlicher Aufsicht stufenweise reduziert werden kann, sollte SINGULAIR® nicht als plötzlicher Ersatz für inhalative oder orale Kortikoide eingenommen werden. Die Reduktion der systemischen Kortikosteroid-Dosis führte bei Patienten unter Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten in seltenen Fällen zu einer systemischen eosinophilen Vaskulitis. **Unerwünschte Wirkungen:** Gesamtinzidenz von unter SINGULAIR® aufgetretenen Nebenwirkungen war mit Placebo vergleichbar. Erwachsene: Dyspepsie, Bauchschmerzen, Zahnschmerzen und Kopfschmerzen mit höherer Inzidenz als unter Placebo. Inzidenzrate dieser Erscheinungen in beiden Gruppen ist nicht signifikant unterschiedlich. Kinder: Kopfschmerzen (Kinder 6–14 J.) und Durst (Kinder 2–5 J.) mit einer höheren Inzidenz als unter Placebo, Durchfall, Hyperkinesie, Asthma, ekzematöse Dermatitis und Hautausschlag (Kinder 6 Mt.–2 J.) mit tendentiell höherer Inzidenz als unter Placebo. Inzidenzrate dieser Erscheinungen in beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. **Interaktionen:** SINGULAIR® kann gleichzeitig mit anderen Substanzen, die routinemässig zur chronischen Asthmabehandlung und Behandlung der allergischen Rhinitis verwendet werden, verabreicht werden. Keine wesentliche Wirkung auf die Pharmakokinetik von: Prednison, orale Antikonceptiva, Terfenadin, Digoxin und Warfarin. In *in vitro* Studien ist Montelukast ein Inhibitor von CYP2C8, es wurden jedoch keine *in vivo* Studien durchgeführt. **Packungen:** SINGULAIR® (Montelukast): Filmtabletten zu 10mg; 28 und 98, Kautabletten zu 5mg; 28 und 98, Kautabletten zu 4mg; 28 und 98, Sachets zu 4mg oralem Granulat; 28, Verkaufskategorie B. Stand der Information: Februar 2009. **Kassenpflichtig.**

© Eingetragenes Markenzeichen von Merck Sharp & Dohme Corp., eine Tochtergesellschaft von Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, U.S.A.

02-2011-SGA-2010-CH-1746 J



MERCK SHARP & DOHME-CHIBRET AG
Schaffhauserstrasse 136, CH-8152 Opfikon-Glattbrugg
Tel. +41 44 828 71 11, Fax +41 44 828 72 10, www.msd.ch

univadis.ch
medical and more